Universidade Federal de Minas Gerais

Hospital das Clínicas

Vice-diretoria Técnica de Enfermagem
Gestão 2005-2011

Instruções de Trabalho de Enfermagem

Hospital das Clínicas da UFMG

Belo Horizonte

2011

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem.

U58i Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG / [Autores Cláudia Maria de Melo Franco Silva ... [et al.] ; apoio administrativo/estrutural Daniel Salvador ... [et al.] ; diagramação e revisão Edinalva Santana Carvalho ; colaboradores Gestão 2007-2011 Andréia Seabra ... [et al.] ; colaboradores Gestão 2005-2007 Adriana Rosa Ferreira Figueiredo ... [et al.].

Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

611 p., il.

Inclui bibliografia, apêndice e anexos.

ISBN:978-85-60914-05-0

1. Enfermagem. I. Silva, Cláudia Maria de Melo Franco. II. Salvador, Daniel. III. Carvalho, Edinalva Santana. IV. Seabra, Andréia. V. Figueiredo, Adriana Rosa Ferreira. VI. Título.

CDU: 614.21

CDD: 610.73

Reitor da UFMG
Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora da UFMG
Prof ª. Rocksane de Carvalho Norton

Diretor Geral do Hospital das Clínicas
Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Vice-Diretor Geral do Hospital das Clínicas
Profª. Luciana de Gouvêa Viana

Vice-Diretora Técnica de Enfermagem

GESTÃO 2007/2011
Enf ª. Dra. Leonor Gonçalves - Titular
Prof. Dr. Lúcio José Vieira - Adjunto

GESTÃO 2005/2007
Prof ª. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães - Titular
Enf ª. Ms. Dionéia Paula Bodevan de Sousa - Adjunto

Autores

Coordenadora
Enf ª. Dra. Leonor Gonçalves

Sub-coordenadora
Enf ª. Auditora Cláudia Maria de Melo Franco Silva

Enf ª. Ângela Aparecida Lima
Enf ª. Anna Alessandra Mattos de Meira
Enf ª. Antonieta Lourdes de Souza
Enf ª. Caroliny Alves Pessoa
Enf ª. Elizabete da Silva Peixoto
Enf ª. Érika Fernanda F. Silva
Enf ª. Euclásia Santos Madureira
Enf ª. Gislene Canazart
Enf ª. Glauciane Fonseca Procópio
Enf ª. Lúcia de Fátima Rodrigues Moreira
Enf ª. Maria Madalena de Figueiredo
Enf ª. Maria Tereza Fernandes Araújo
Enf ª. Marlene Clarett Silva Reis
Prof ª. Mônica Ribeiro Canhestro
Enf ª. Ms. Dionéia Paula Bodevan de Sousa
Enf ª. Rosana Lima de Souza
Enf ª. Rosângela Oliveira Santos
Enf ª. Thaís Ferreira de Lourdes Carneiro
Enf ª. Vera Lúcia Nogueira Lima

APOIO ADMINISTRATIVO/ESTRUTURAL

Daniel Salvador
Jean Paltti da Silva
João Roberto Muzzi Morais
Juciene Rodrigues Leão
Leandro Pereira dos Santos
Leila Costa Pacífico
Márcia Regina Afonso
Maria Helena Santos
Maria Inês Alves da Silva
Maria do Rosário de Fátima Vasconcelos
Mariza Talim

Diagramação
Ana Lúcia Chagas de Morais

Revisão
Edinalva Santana Carvalho

COLABORADORES

Gestão 2007-2011

Andréia Seabra
Anna Cláudia Nascimento de Carvalho
Caroline Rodrigues
Clara Marize Carlos
Cláudia Denísia de Brito
Daclé Vilma de Carvalho
Eline Lima Borges
Elizabete da Silva Peixoto
Érika de Oliveira Santos
Fabiana Lacerda
Gislene Canazart de Oliveira
Gisele Pimenta
Glauciane Fonseca Procópio
Jaqueline Sousa
Leonor Gonçalves
Lílian Esteves Lima
Lúcia de Fátima Rodrigues Moreira
Luciana Cerqueira Barbosa
Luciana Pereira Carvalho
Lúcio José Vieira
Magna Patrícia Oliveira Agreste
Mara Januário da Silva
Márcia Eller Miranda Salviano
Márcia dos Santos Pereira
Marcos Leão
Maria Bárbara Alves dos Santos
Maria de Lourdes Ferreira
Maria Dirce Mendonça
Maria Édila Abreu Freitas
Maria Gabriela Mendes Pereira
Maria Isabel de Azevedo Souza
Maria Letícia B. Braga
Maria Olímpia Piedade
Maria Teresa F. de Araújo
Miriam Louise S. Bandeira
Monalisa Maria Gresta
Mônica Ribeiro Canhestro
Raquel Conradi Magalhães
Rômulo Lima
Ronan de Abreu Ramirez
Rosana Lima de Souza
Silma Maria Cunha Pinheiro Ribeiro
Stefânia Barros de Oliveira
Tânia Cota
Telma Miguel
Thais Ferreira de Lourdes Carneiro
Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima

COLABORADORES

Gestão 2005-2007

Adriana Rosa Ferreira Figueiredo
Aline Kroger Magalhães
Amália Augusta Nunes
Ana Cristina Roma de Figueiredo
Ana Giselda Lima Raymundo
Ana Maria de Paula Santos Ramos
Andréa Rodrigues Moreira
Ângela Aparecida Lima
Anna Alessandra Mattos de Meira
Antonieta Lourdes de Souza
Áurea Lacerda Cançado
Carolina Duarte F. Coelho
Cíntia Maria Guedes de Moraes
Clara Maria Carlos
Clarise Leite
Cláudia Denísia de Brito
Claudya Jannayra Teixeira Gayer
Cristiane Alves dos Reis
Daniela de Oliveira Santos
Denise Ferreira
Dionéia Paula Bodevan de Souza
Elaine Araújo Silva
Eliane Marina Palhares Guimarães
Elizabeth Soares Figueiredo
Emerson Roberto de Oliveira
Ênio Latini Bitarães
Eunice Soares Pinto
Fabíola Fagundes Fernandes
Gláucia Helena Martinho
Guilherme Augusto Armond
Ivone Mussel Coutinho
Jane Andréia Vieira Novaes
Janita Ferreira
José Santos Quintão
Kelle Christina Soares Ferreira
Larissa Vilela Florindo
Letícia Gonçalves Diniz
Letícia Gonçalves Figueiredo
Lílian Esteves Lima
Luciana Cerqueira Barbosa
Magna Patrícia Oliveira Agreste
Mara Januário da Silva
Márcia Alves Sarmento Pereira
Márcia Eller Miranda Salviano
Márcia Marques Santos
Marciana Carvalho Pereira Souza
Margarida Regina dos Santos
Maria Bárbara Alves dos Santos
Maria de Fátima S. de Souza e Silva
Maria Madalena de Figueiredo
Maria Olímpia Piedade
Maria Teresa F. de Araújo
Marilza R. Ribeiro
Maristela Avelina Soares
Marlene Clarett dos Reis
Monalisa Maria Gresta
Mônica Ribeiro Canhestro
Nelma de Jesus Braz
Odaléia Guimarães Ribeiro
Patrícia Gomes Angelin
Patrícia Magna
Patrícia Novais Costa de Almeida
Raquel Conradi Magalhães
Ronan de Abreu Ramirez
Rosângela Oliveira Santos
Rosaura das Graças Silva
Sabrina Mendes Ferraz
Sarah Silva Abrahão
Sebastião Rays Amato Filho
Sílvia Cristina Severo de Souza
Sulamita Assunção
Telma Miguel
Thaís Novaes Costa de Almeida
Vanda Custódia Manoel
Vanilda Borges
Vanise Alessandra Freitas Passos
Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima
Viviane Rosado Viviane Vieira Barbosa
Walquíria Aparecida de Magalhães

“Ninguém nasce feito.
Vamos nos fazendo aos poucos,na prática social de que nos tornarmos parte.”
(Paulo Freire)

Dedicatória

Nenhum trabalho é elaborado sozinho. É necessário o interesse, o conhecimento, a disponibilidade e a colaboração de várias pessoas.
Nossos agradecimentos a todos que tornaram possível a construção deste Manual de Instruções de Trabalho.

O fruto deste trabalho é dedicado ao corpo de enfermagem do Hospital das Clínicas da UFMG e da Escola de Enfermagem da UFMG.

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem
Gestão 2009-2011
Gestão 2007-2009
Gestão 2005-2007

Sumário

Prefácio		17
Organização das Instruções de Trabalho		19
Introdução		20
Breve Histórico da Enfermagem do Hospital das Clínicas da UFMG		21
CLASSE 01 OXI - Necessidade humana básica - Oxigenação		
OXI 01.1	Oximetria de pulso	26
OXI 02.0	**Administração de oxigênio**	
OXI 02.1	Administração de oxigênio por cânula nasal tipo óculos	29
OXI 02.2	Administração de oxigênio por cateter nasofaríngeo	32
OXI 02.3	Administração de oxigênio por cânula orofaríngea	35
OXI 02.4	Administração de oxigênio por máscara facial	37
OXI 02.5	Administração de oxigênio por máscara de Venturi	40
OXI 02.6	Administração de oxigênio por hood ou oxitendas	44
OXI 02.7	Administração de nebulização/inalação/ micronebulização	47
OXI 03.0	**Aspiração de vias-aéreas**	
OXI 03.1	Aspiração de vias aéreas superiores em adulto	50
OXI 03.2	Aspiração de vias aéreas pediátrica e neonatal	54
OXI 04.0	**Cuidados com o paciente em uso de vias respiratórias artificiais**	
OXI 04.1	Ventilação com Reanimador/Ressuscitador Manual Autoinflável (AMBU)	58
OXI 04.2	Cuidados com o paciente na entubação e manutenção da mesma	61
OXI 04.3	Limpeza da cânula de traqueostomia	64
OXI 04.4	Troca de curativo de traqueostomia	67
OXI 04.5	Cuidados com paciente em ventilação mecânica	69
OXI 05.0	**Dreno de tórax**	
OXI 05.1	Troca de curativo do dreno de tórax	72
OXI 05.2	Troca do selo d'água do dreno de tórax	75
OXI 06.0	**Limpeza, montagem e teste do material e/ou equipamento**	
OXI 06.1	Limpeza e desinfecção do laringoscópio	78
OXI 06.2	Teste do laringoscópio	81
OXI 06.3	Limpeza do material respiratório (crítico): máscara, micro, AMBU, macronebulização	83
OXI 06.4	Montagem e teste do AMBU	85
OXI 06.5	Limpeza do material de aspiração (semicrítico): frascos, intermediários, etc.	89
OXI 06.6	Montagem e teste do ventilador mecânico.	91
CLASSE 02 HIN – Necessidades humanas básicas - Hidratação e Nutrição		
HIN 01.0	**Administração de alimentos e/ou líquidos**	
HIN 01.1	Administração de dietas e/ou líquidos por via oral	97
HIN 01.2	Administração de dietas e líquidos via sondas em adulto	100
HIN 01.3	Administração de solução para Nutrição Parenteral	103

HIN 02.0	**Sondagem gástrica ou entérica**	
HIN 02.1	Sondagem gástrica ou entérica em adulto	106
HIN 02.2	Sondagem gástrica ou entérica pediátrica e neonatal	110

CLASSE 03 ELI - Necessidade humana básica - Eliminação

ELI 01.0	**Urinária**	
ELI 01.1	Mensuração de volume urinário	115
ELI 01.2	Coleta de urina para exame de rotina	118
ELI 01.3	Coleta de urina para exame de cultura e gram	121
ELI 01.4	Coleta de urina em 24 horas	124
ELI 01.5	Pesquisa de Potencial Hidrogeniônico - PH e cetona urinários	127
ELI 01.6	Colocação de coletor urinário masculino	130
ELI 01.7	Sondagem vesical de alívio	133
ELI 01.8	Sondagem vesical de demora	137
ELI 01.9	Lavagem vesical	141
ELI 01.10	Irrigação vesical	144
ELI 01.11	Cuidados com portadores de estomas urinários	147
ELI 02.0	**Intestinal**	
ELI 02.1	Coleta de fezes para exame parasitológico (EPF)	150
ELI 02.2	Coleta de fezes para exame de cultura (Coprocultura)	153
ELI 02.3	Coleta de fezes para exame de pesquisa de sangue oculto (PSO)	156
ELI 02.4	Coleta de fezes para exame de dosagem de gordura	158
ELI 02.5	Lavagem intestinal	161
ELI 02.6	Higienização do dispositivo coletor de estoma intestinal	164
ELI 02.7	Troca do dispositivo coletor de estoma intestinal	166
ELI 03.0	**Gástrica**	
ELI 03.1	Cuidados com pacientes durante episódio de vômito	170
ELI 03.2	Lavagem gástrica	172
ELI 04.0	**Respiratória**	
ELI 04.1	Coleta de escarro	175
ELI 05.0	**Através de Drenos**	
ELI 05.1	Cuidados com pacientes com drenos	178
ELI 05.2	Técnica de ordenha de drenos	181
ELI 05.3	Manutenção e manipulação de sistema de drenagem por sucção	184
ELI 06.0	**Outras**	
ELI 06.1	Coleta de secreções para exames	187
ELI 06.2	Coleta de swab para pesquisa de microorganismos de Importância Epidemiológica/ Vigilância Microbiológica	190

CLASSE 04 ASR - Necessidade humana básica - Atividade, Sono e Repouso

ASR 01.0	**Posicionamento do paciente**	
ASR 01.1	Posicionamento do paciente no leito	194
ASR 01.2	Posicionamento do paciente para exames	197
ASR 01.3	Mudança de decúbito em paciente adulto	200
ASR 01.4	Imobilização do paciente no leito	203

ASR 02.0	**Auxílio ao paciente**	
ASR 02.1	Auxílio na deambulação do paciente	206
ASR 02.2	Transferência de paciente: do leito para a cadeira e da cadeira para o leito	208
ASR 02.3	Transferência de paciente: de cadeira para cadeira	211
ASR 02.4	Transferência de paciente: do leito para a maca e da maca para o leito	213
ASR 03.0	**Transporte de paciente**	
ASR 03.1	Transporte de pacientes	216
ASR 03.2	Encaminhamento do corpo	220
ASR 04.0	**Sono e repouso**	
ASR 04.1	Promoção de sono e repouso	222

CLASSE 05 CCO - Necessidade humana básica - Cuidado Corporal

CCO 01.0	**Higiene**	
CCO 01.1	Higiene oral	225
CCO 01.2	Banho de chuveiro	228
CCO 01.3	Higiene íntima	232
CCO 01.4	Banho no leito	235
CCO 01.5	Banho do recém-nascido (RN) e lactente	238
CCO 01.6	Higienização dos cabelos	241
CCO 01.7	Cuidados com as unhas	244
CCO 02.0	**Tricotomia e tonsura**	
CCO 02.1	Tricotomia facial	246
CCO 02.2	Tonsura – utilizando tricotomizador elétrico	248
CCO 03.0	**Cuidado após a morte**	
CCO 03.1	Preparo do corpo após a morte	251

CLASSE 06 FCM - Necessidade humana básica - Integridade Física e Cutâneo Mucosa

FCM 01.0	**Prevenção de lesões**	
FCM 01.1	Prevenção de úlceras de pressão	256
FCM 01.2	Uso de protetor cutâneo	260
FCM 01.3	Cuidados imediatos com o paciente mediante o extravasamento de medicamentos antineoplásicos vesicantes	263
FCM 02.0	**Curativos**	
FCM 02.1	Curativo do coto umbilical	266
FCM 02.2	Curativo de dispositivo intravascular central	268
FCM 02.3	Curativo com cobertura primária de filme de poliuretano	271
FCM 02.4	Curativo de ferida cirúrgica com fechamento por primeira intenção	275
FCM 02.5	Curativo com cobertura de hidrogel amorfo	278
FCM 02.6	Curativo com cobertura de hidrocolóide	281
FCM 02.7	Curativo com cobertura primária de alginato de cálcio	284
FCM 02.8	Curativo com cobertura primária de carvão ativado e prata	288
FCM 02.9	Curativo com cobertura de malha de acetato de celulose impregnada com petrolatum	292
FCM 02.10	Troca de cobertura secundária	295
FCM 02.11	Adaptação de bolsa coletora em fístula abdominal	298

FCM 02.12	Curativo de laparotomia sem bolsa de Bogotá	302
FCM 02.13	Curativo de laparotomia com bolsa de Bogotá	305
FCM 03.0	**Retirada de pontos**	
FCM 03.1	Retirada de pontos	308
FCM 04.0	**Enfaixamento**	
FCM 04.1	Enfaixamentos	311

CLASSE 07 REG - Necessidade humana básica - Regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, imunológica e cardiovascular)

REG 01.0	**Mensuração**	
REG 01.1	Mensuração de peso e altura	316
REG 01.2	Mensuração do balanço hídrico em adulto	319
REG 02.0	**Verificação**	
REG 02.1	Verificação de temperatura axilar	324
REG 02.2	Verificação do pulso	327
REG 02.3	Verificação da respiração	331
REG 02.4	Verificação da pressão arterial	334
REG 02.5	Verificação de glicemia capilar	338
REG 03.0	**Realização de exame**	
REG 03.1	Realização de ECG	340
REG 04.0	**Dispositivos intravasculares**	
REG 04.1	Manutenção dos dispositivos intravasculares arteriais	344
REG 05.0	**Gerador de marcapasso**	
REG 05.1	Limpeza e desinfecção do gerador de marcapasso	348
REG 06.0	**Balão intra-aórtico (BIA)**	
REG 06.1	Limpeza e desinfecção do balão intra-aórtico	350
REG 06.2	Montagem do balão intra-aórtico	352
REG 07.0	**Carrinho de emergência**	
REG 07.1	Limpeza e desinfecção externa do carrinho de emergência	354
REG 07.2	Organização e conferência do carrinho de emergência	356
REG 07.3	Teste do desfibrilador	368

CLASSE 08 AMB – Necessidade humana básica - AMBIENTE

AMB 01.0	**Unidade do paciente**	
AMB 01.1	Limpeza diária ou concorrente da Unidade do Paciente	371
AMB 01.2	Preparo do leito	373
AMB 02.0	**Posto de enfermagem**	
AMB 02.1	Limpeza e desinfecção da superfície do local de preparo de medicamento	376
AMB 02.2	Controle do registro de temperatura do refrigerador da sala de preparo de medicamento	378
AMB 02.3	Limpeza de refrigerador da sala de preparo de medicamento	383
AMB 02.4	Limpeza e desinfecção de armário e escaninho do posto de enfermagem	386
AMB 02.5	Limpeza, desinfecção e organização do arsenal	388
AMB 03.0	**Sala de utilidades**	
AMB 03.1	Limpeza e desinfecção de cadeiras, macas e mesas de exame	391
AMB 03.2	Limpeza e desinfecção de equipamentos eletrônicos	393

AMB 04.0	**Expurgo**	
AMB 04.1	Limpeza do equipamento de proteção individual (EPI)	395
AMB 04.2	Troca de solução, limpeza e desinfecção de almotolia	397
AMB 04.3	Utilização do detergente enzimático	400
AMB 04.4	Limpeza de material crítico (cubas, instrumental, caixas)	402
AMB 04.5	Limpeza de material semi crítico (bacia, balde, jarro, comadre)	404
AMB 04.6	Organização, conferência e encaminhamento de material para a central de material esterilizado – CME	407
AMB 04.7	Limpeza e desinfecção da sala de expurgo	409
AMB 05.0	**Condutas em acidentes envolvendo produtos tóxicos**	
AMB 05.1	Condutas em acidente com quimioterápicos citotóxicos	412
AMB 05.2	Condutas para o descarte do mercúrio (termômetro/coluna de esfignomanômetro)	415

CLASSE 09 TER – Necessidade humana básica - TERAPÊUTICA

TER 01.0	**Aprazamento**	
TER 01.1	Aprazamento da prescrição para o paciente	419
TER 02.0	**Via oral e por sonda**	
TER 02.1	Preparo de medicamento para ser administrado por via Oral	424
TER 02.2	Administração de medicamento via Oral	427
TER 02.3	Administração de medicamentos via Sublingual	430
TER 02.4	Preparo e administração de medicamentos através de Sondas	432
TER 03.0	**Via tópica**	
TER 03.1	Preparo e administração de medicamento via tópica: Ocular	435
TER 03.2	Preparo e administração de medicamento via tópica: Nasal	438
TER 03.3	Preparo e administração de medicamento via tópica: Auricular	441
TER 03.4	Preparo e administração de medicamento via tópica: Cutânea	444
TER 03.5	Preparo e administração de medicamento via tópica: Vaginal	447
TER 03.6	Preparo e administração de medicamento via tópica: Retal por Supositório	450
TER 03.7	Preparo e administração de medicamento via tópica: Retal na forma de Solução	453
TER 04.0	**Punção**	
TER 04.1	Punção venosa periférica com cateter agulhado (Scalp, Butterfly)	456
TER 04.2	Punção venosa periférica com cateter sobre agulha (Jelco)	459
TER 04.3	Punção de cateter totalmente implantado	462
TER 05.0	**Via parenteral**	
TER 05.1	Preparo de medicamento injetável com apresentação em ampola	465
TER 05.2	Preparo de medicamento injetável com apresentação em frasco-ampola	468
TER 05.3	Preparo de fluídos para infusão intravenosa (soro)	471
TER 05.4	Administração de medicamento via parenteral: Intradérmica	474
TER 05.5	Administração de medicamento via parenteral: Subcutânea	477
TER 05.6	Administração de medicamento via parenteral: Intramuscular	480
TER 05.7	Administração de medicamento via parenteral: Endovenosa	484
TER 06.0	**Hemotransfusão**	
TER 06.1	Transporte Interno de bolsas de hemocomponetes para administração	488
TER 06.2	Administração de hemocomponentes	490
TER 06.3	Condutas de enfermagem em caso de reação ou incidente transfusional	494
TER 07.0	**Quimioterapia**	

TER 07.1	Administração de quimioterápicos citotóxicos por via endovenosa	497
TER 07.2	Condutas em caso de reação à administração de quimioterápicos citotóxicos	501
TER 08.0	**Dispositivos vasculares**	
TER 08.1	Manutenção dos dispositivos intravasculares venosos	504
TER 08.2	Coleta de sangue pelo dispositivo venoso central	508
TER 08.3	Desobstrução de dispositivo totalmente implantado	511
TER 08.4	Retirada de acesso venoso	513
TER 09.0	**Bomba infusora (BI)**	
TER 09.1	Manuseio de bomba infusora	516
TER 09.2	Manuseio de bomba infusora de seringa	522
TER 10.0	**Salinização de dispositivos vasculares**	
TER 10.1	Salinização de dispositivo endovenoso periférico paciente adulto	525
TER 10.2	Salinização de dispositivo endovenoso periférico paciente pediátrico e neonatal	527
TER 11.0	**Heparinização de dispositivos vasculares**	
TER 11.1	Heparinização de dispositivo endovenoso periférico paciente adulto	529
TER 11.2	Heparinização de dispositivo intravascular central	531
TER 11.3	Heparinização de dispositivo totalmente implantado	534
TER 12.0	**Aplicações térmicas**	
TER 12.1	Aplicação de calor por bolsa	536
TER 12.2	Aplicações frias	538

CLASSE 10 ADM – ADMINISTRATIVAS E/OU GERENCIAIS

ADM 01.0	**Admissão de paciente**	
ADM 01.1	Admissão de paciente	542
ADM 02.0	**Guarda de medicamentos/materiais**	
ADM 02.1	Guarda dos medicamentos sob controle especial	544
ADM 02.2	Guarda do glicosímetro	549
ADM 03.0	**Registro de enfermagem**	
ADM 03.1	Anotações de enfermagem	551
ADM 03.2	Documentação do sistema de assistência de enfermagem – SAE – Saúde do adulto e do idoso	554
ADM 04.0	**Passagem de plantão**	
ADM 04.1	Passagem de plantão	567
ADM 05.0	**“Corrida de leito”**	
ADM 05.1	“Corrida de leito”	570
ADM 06.0	**Escalas**	
ADM 06.1	Elaboração de escala diária de serviço	573
ADM 06.2	Elaboração de escala de descanso noturno	575
ADM 06.3	Elaboração de escala mensal de trabalho	579
ADM 06.4	Elaboração de escala anual de férias	583
ADM 07.0	**Normas**	
ADM 07.1	Troca de plantão na equipe de enfermagem	587
ADM 07.2	Condutas para solicitar remanejamento de setor/turno	590
ADM 07.3	Normas para plantão particular	593
ADM 07.4	Fechamento de ponto	597

REFERÊNCIAS **603**

ANEXOS

ANEXO A	Folha de controle de líquidos - frente	322
ANEXO B	Folha de controle de líquidos - verso	323
ANEXO C	Tabela 1 - Variação de pulso conforme faixa etária	330
ANEXO D	Tabela 2 - Variação de pulso de RN e criança	330
ANEXO E	Tabela 3 - Variação da respiração conforme faixa etária	332
ANEXO F	Tabela 4 - Classificação de PA	336
ANEXO G	Tabela 5 - Limites PA em crianças	337
ANEXO H1	Padronização de medicamentos do carrinho de emergência adulto HC – UFMG / 2006	361
ANEXO H2	Padronização de medicamentos do carrinho de emergência da unidade de internação pediátrica, unidade neonatal, CTI pediátrico HC/UFMG / 2006	363
ANEXO I 1	Listagem padrão de materiais adulto	365
ANEXO I 2	Listagem padrão de materiais pediatria/neonatalogia	366
ANEXO J	Medicamentos padronizados no HC/UFMG cuja administração da nutrição enteral (NE) deve ser interrompida antes ou após o seu uso	422
ANEXO K	Alterações na eficácia de medicamentos conforme o tempo de infusão	421
ANEXO L	Drogas irritantes drogas vesicantes;	498
ANEXO M	Drogas irritantes drogas vesicantes;	501
ANEXO N	BI B. BRAUN	518
ANEXO O	BI LIFEMED LF	518
ANEXO P	BI SAMTRONIC	519
ANEXO Q	Mapa de controle diário de medicamentos sujeitos a controle especial	545
ANEXO R	Requisição para reposição de medicamentos sob controle especial	547
ANEXO S	Escala de descanso noturno	577
ANEXO T	Escala mensal de trabalho	582
ANEXO U	Escala de férias da equipe de enfermagem	586
ANEXO V	Troca de plantão	589
ANEXO X	Solicitação de Remanejamento	592
ANEXO Y	Folha de presença	599
ANEXO Z	Norma Técnica CCIH 002- Higienização das mãos	600

APÊNDICES

APÊNDICE A	Quadro de fluxo de O2 X ar comprimido	46
APÊNDICE B	Registro de extravasamento de drogas vesicantes	265
APÊNDICE C	Ganhos e perdas médias diários de líquidos no adulto	321
APÊNDICE D	Controle de conferência do carrinho de emergência	359
APÊNDICE E	Organização do carrinho de emergência	367
APÊNDICE F	Ficha de controle diário de temperatura de refrigerador	381
APÊNDICE G	Registro de higienização e intercorrências	385
APÊNDICE H	Registro de limpeza do arsenal	390
APÊNDICE I	Registro de limpeza do expurgo	411
APÊNDICE J	Controle do glicosímetro	550
APÊNDICE L	Histórico de enfermagem - saúde do adulto e do idoso	557
APÊNDICE M	Diagnósticos de enfermagem - saúde do adulto e do idoso	559

APÊNDICE N	Prescrição de enfermagem - saúde do adulto e do idoso	562
APÊNDICE O	Roteiro do histórico de enfermagem - saúde do adulto e do idoso	564
APÊNDICE P	Roteiro para evolução de enfermagem saúde do adulto e do idoso	566
APÊNDICE K	Solicitação de plantão de enfermagem – 1ª parte	595

FIGURAS

FIGURA 1	Máscara de Venturi c/ conectores	42
FIGURA 2	Máscara de Venturi com tubo de extensão	43
FIGURA 3	Máscara facial de Venturi	43
FIGURA 4	Reanimador manual de silicone RWR Adulto “AMBU”	88
FIGURA 5	Ventilador mecânico Bennett 7200	94
FIGURA 6	Ventilador Intermed	95
FIGURA 7	Circuito para respiradores universal	95
FIGURA 8	Controle de uso da lâmina do tricotomizador	250
FIGURA 9	Bandagem circular	313
FIGURA 10	Bandagem espiral	313
FIGURA 11	Bandagem espiral inversa	313
FIGURA 12	Bandagem em oito	314
FIGURA 13	Bandagem recorrente	314
FIGURA 14	Derivações precordiais de V1 a V6	343
FIGURA 15	Derivações dos membros	343
FIGURA 16A	Termômetro de máxima e mínima	382
FIGURA 16B	Instruções para aferição da temperatura	382
FIGURA 17	Bomba infusora de seringa	523

Prefácio

O trabalho de elaboração deste manual ocorreu nos períodos compreendidos entre 2005 e 2007, 2007 e 2009 e 2009-2011, nas comissões compostas pelas gestões da Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE). Na constituição dessas comissões, um dos cuidados tomados foi o de diversificar os seus membros, a fim de atender às diversas especialidades da assistência em Enfermagem. Com o objetivo de se obterem melhores resultados, vários colaboradores foram agregados como coautores, conforme versa na listagem pré-textual deste documento.

Para elaboração do manual na sua versão preliminar pela gestão da VDTE, biênio 2005-2007, foram contempladas as instruções técnicas e operacionais gerais de Enfermagem. Porém, já se atentava para a necessidade de complementação posterior com as instruções de setores específicos como: Cardiologia, Endoscopia, Imaginologia, Reprodução Humana, Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado, dentre outros.

A versão final do manual concluído na gestão da VDTE, período 2007-2011, engloba as instruções gerais de trabalho da Enfermagem distribuídas em classes de necessidades humanas básicas, de modo a contemplar o projeto de implantação de um Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. As ações desse sistema foram elaboradas tendo como fundamento a Teoria das Necessidades Humanas Básicas da Doutora Enfermeira Wanda de Aguiar Horta.

Este manual está distribuído em 09 (nove) classes de necessidades humanas básicas, descritas conforme ordem de prioridade definida na referida teoria, e uma última classe, que contempla as instruções administrativas ou gerenciais de suporte às instruções técnicas propriamente ditas, atendendo à organização institucional. As classes estão distribuídas em subclasses e, estas, nas várias instruções de trabalho, obedecendo ao princípio norteador alfanumérico adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde para organização da CID (Classificação Internacional das Doenças). A adoção desse modelo possibilitará a inclusão ou exclusão de instruções de trabalho sem afetar todo o corpo do manual.

Para distribuição de algumas instruções de trabalho, dentro das classes, foi considerada a natureza da atividade a ser desenvolvida, englobando, numa mesma subclasse, a atividade técnica e os cuidados com o material associado àquele procedimento. O impresso utilizado para elaboração das instruções de trabalho obedece ao modelo padronizado pelo Setor de Gestão pela Qualidade – Gesqualis – para toda a instituição.

A fim de garantir a atualidade e a precisão na elaboração das instruções de trabalho, além das consultas à literatura para subsídio técnico, buscou-se amparo legal nos órgãos normatizadores e fiscalizadores da profissão – Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Regional de Enfermagem (COREN) – particularmente no que se refere à competência para o desempenho da atividade profissional. Buscaram-se também subsídios nas normatizações técnicas emanadas dos órgãos de regulação e fiscalização sanitária, como o Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigi-

lância Sanitária (ANVISA), entre outras instituições que legislam sobre assistência segura ao paciente. Procurou-se ainda adequar cada instrução de trabalho à realidade da instituição, objetivando respeitar as especificidades e processos de trabalho desenvolvidos no hospital.

O processo de elaboração deste documento passou por várias fases, na tentativa de organizar e tornar ágil o produto final. Entretanto, interrupções ocorridas durante o processo para atender demandas emergenciais da Vice-Diretoria de Enfermagem e da Diretoria do hospital levaram o grupo a estender o prazo de conclusão dos trabalhos.

Várias instruções foram priorizadas para atender às visitas da Vigilância Sanitária ou mesmo do grupo de Gestão pela Qualidade da instituição, procurando sempre ter como foco das discussões a segurança do paciente. Algumas instruções foram construídas juntas ou com apoio de outras categorias profissionais e setores do HC/UFMG, que muito contribuíram para retratar a realidade dos nossos processos de trabalho. O trabalho foi árduo, algumas vezes repetitivo e enfadonho, porém muito gratificante. Cada instrução concluída constituía um incentivo para a construção de outras e, assim, terminar a elaboração do manual.

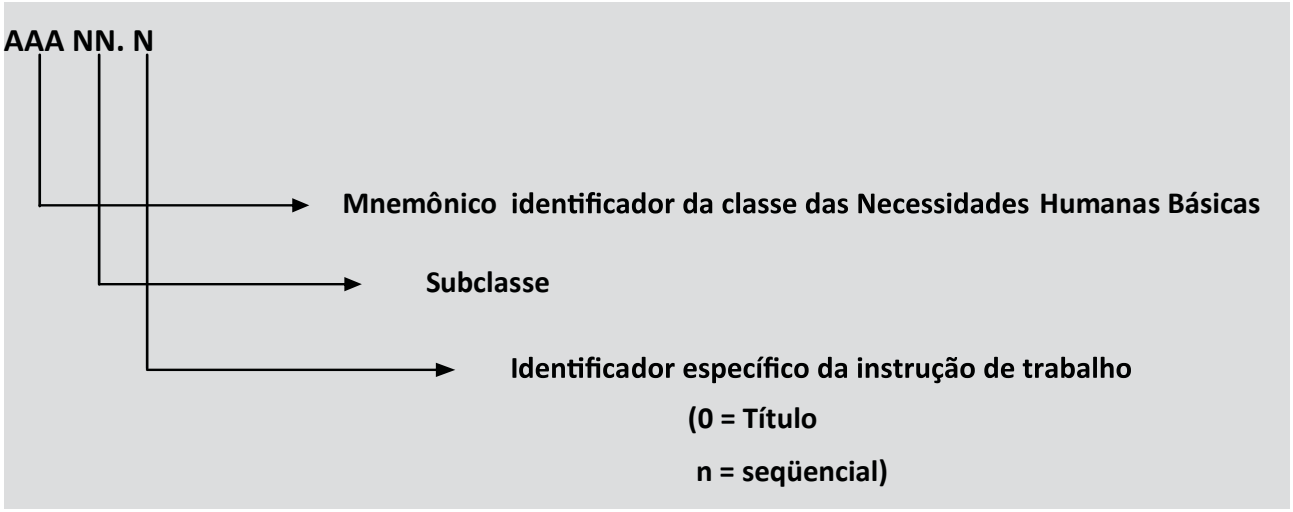
Organização das Instruções de Trabalho

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

Forma de organização:

- Classificação segundo referencial teórico (Wanda Horta)
- Composição das ITs (Instruções de Trabalho) segundo metodologia da Organização Nacional de Acreditação/ONA
- Codificação das ITs utilizando como parâmetro o CID10 (sistema alfanumérico agrupado em classes/categorias) adotado pelo Ministério da Saúde

Formato proposto para organização das Instruções de Trabalho em um MANUAL ÚNICO:


AAA NN. N
Mnemônico identificador da classe das Necessidades Humanas Básicas
Subclasse
Identificador específico da instrução de trabalho
(0 = Título
n = seqüencial)

Grupo de Análise:

Antonieta L. Souza (VDTE)
Cláudia Melo Franco (VDTE)
Daclé Vilma de Carvalho (EE/UFMG)
Daniel Salvador (Gesqualis)
Daniela Santos (Gesqualis)
Mariza Talim (Bib. Medicina/UFMG)
Lúcia de Fátima Rodrigues (EEUFMG)

CID 10 - A Classificação Internacional das Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID) foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para codificar e classificar informações médicas. A Décima Revisão da CID é a última de uma série que se iniciou em 1893 como a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte. A CID 10 foi introduzida no Brasil em 1996 e apresentou uma importante mudança. Os códigos das afecções, desde então, passaram a ser alfanuméricos.

Organização:
- Capítulos, Grupos, Categorias e Subcategorias (nível em que se encontram os códigos utilizados)
- Formato: A.NN-N (A - Alfabético, N-Numérico).

Introdução

A elaboração do Manual de Instruções de Trabalho da Equipe de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HC/UFMG foi decorrente de um processo contínuo em que foram produzidos vários trabalhos pela equipe de Enfermagem da instituição, em parceria com a Escola de Enfermagem da UFMG, conforme o breve histórico da relação entre essas duas Unidades, descrito a seguir.

Até a constituição da Coordenadoria Geral de Enfermagem (CGE) ocorrida em 1989, cada setor possuía seus próprios manuais de trabalho. Porém, desde essa época, vários esforços foram feitos para constituir um único manual. Entre os guias já produzidos, podemos citar: o "Manual de Normas, Rotinas Procedimentos de Enfermagem do HC/UFMG", elaborado por um grupo de enfermeiros na gestão da professora Anadias Trajano Camargos, sob coordenação da enfermeira Maria Adelaide Quintiliano da Fonseca, em 1995; os 'Cadernos de Enfermagem - Administração de Medicamentos', sob coordenação da enfermeira Margarida Regina dos Santos, em 1998; e o 'Manual de Padronização de Kits de Procedimentos' elaborado em três versões, sendo a primeira produzida em 1997 pelas enfermeiras Maria Bárbara Alves dos Santos e Rosana Lima de Souza. Esta última produção foi revisada, gerando uma segunda versão em 1999, sob coordenação das mesmas enfermeiras. Em 2003-2004, o referido material foi submetido à nova revisão, originando sua terceira e última versão, cuja produção foi coordenada pelas enfermeiras Cláudia Maria de Melo Franco Silva, Leonor Gonçalves e Rosana Lima de Souza, com a colaboração de um grupo de profissionais. À essa edição foi acrescentado ainda o kit de procedimentos médicos, produzido pela equipe de Enfermagem, sob a coordenação das enfermeiras anteriormente citadas e com o auxílio da equipe médica.

É importante ressaltar que os trabalhos mencionados foram desenvolvidos durante os três últimos modelos gerenciais pelos quais passou a estrutura hierárquica de Enfermagem do hospital: a Coordenadoria Geral de Enfermagem, no período de 1989 a 1997; a Divisão Técnica de Enfermagem, no período de 1997 a 2004; e a Vice Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE), a partir do ano de 2004.

A elaboração dos Procedimentos Técnicos de Trabalho deu origem às Instruções de Trabalho (ITS) da Enfermagem. Esses procedimentos foram criados a partir dos treinamentos ministrados pelo programa Gestão pela Qualidade – Gesqualis – nos anos de 2004 e 2005, referentes ao Curso de Gerenciamento de Processos. Nessa época, a gestão da VDTE estava sob a gerência da Profª. Doutora Eliane Marina Palhares Guimarães e da Enfª. Mestre Dionéia Paula Bodevan de Sousa.

Na gestão da VDTE de 2007 a 2009 sob gerência da enfermeira Dra. Leonor Gonçalves e Prof. Dr. Lúcio José Vieira, prosseguiu-se a elaboração do manual preliminar, com a constituição de uma comissão de enfermeiros sob coordenação da Enfª. Auditora Cláudia Maria de Melo Franco Silva e subcoordenadora Enfª Dra. Leonor Gonçalves. Foram realizadas avaliações das instruções já elaboradas na gestão anterior e produzidas outras novas. Um dos avanços na adequação das instruções técnicas anteriormente elaboradas – antes pertinentes apenas ao público adulto – foi a extensão das mesmas para a clientela pediátrica e neonatal.

A confecção do manual teve como meta principal padronizar as atividades desenvolvidas pelo corpo de Enfermagem do HC/UFMG. Esta padronização facilitará a capacitação deste grupo de profissionais; auxiliará na realização das ações técnicas propriamente ditas; exercitará o gerenciamento dessas ações através das atividades de educação, acompanhamento, avaliação e controle; e também subsidiará o ensino e a pesquisa desenvolvidos na Instituição. Outro aspecto relevante, que destaca a importância do manual, é o atendimento aos critérios descritos nos níveis de certificação da qualidade em serviços de saúde e normatizações dos conselhos de classe da enfermagem.

O grupo de autores tentou abranger o máximo de instruções de trabalho, porém não teve a pretensão de esgotar as possibilidades de revisões, substituições e acréscimos que provavelmente irão ocorrer com o passar do tempo.

Breve Histórico da Enfermagem do Hospital das Clínicas da UFMG

O Hospital das Clínicas da UFMG foi fundado em 1928, mas a Enfermagem começou a escrever a sua história na instituição somente a partir de 1933. Nesse ano foi criada a Escola de Enfermagem Carlos Chagas (EECC), vinculada à Secretaria de Educação e Saúde Pública de Minas Gerais, com sede no Hospital São Vicente de Paulo (atual Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/HC-UFMG). Em 1940, o acordo estabelecido entre a Secretaria de Educação e Saúde Pública e a Faculdade de Medicina foi interrompido. A Escola de Enfermagem, porém, continuou subordinada ao Estado, e somente em 1950 tornou-se parte da UFMG, que até então congregava as Escolas de Medicina, Direito, Engenharia, Odontologia e Farmácia. Por exigência legal, entretanto, a EECC funcionava anexada à Faculdade de Medicina.

No período de junho de 1949 a janeiro de 1967, a Escola foi dirigida pelas Irmãs de Caridade São Vicente de Paulo. Estas dirigiam também a Escola de Auxiliares de Enfermagem da Cruz Vermelha e eram ainda responsáveis pelo serviço de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo.

Em 1968, quando foi implantado o plano de reestruturação da UFMG, a Escola de Enfermagem foi desanexada da Faculdade de Medicina. Os enfermeiros docentes deixaram as atividades técnico-administrativas e assistenciais do HC-UFMG, e passaram a exercer apenas as atividades docentes. O ensino de Enfermagem, assim, antes ministrado por docentes médicos, foi paulatinamente passando à responsabilidade dos docentes enfermeiros.

No ano de 1976, constituiu-se a Coordenação de Assistência e Ensino de Enfermagem (CAEEn) com Coordenação e Subcoordenação assumidas por docentes da EEUFMG. Também eram docentes da Escola as Supervisoras dos Setores de Cuidado Progressivo, respectivamente: Setor Ambulatorial, Setor de Cuidados Básicos e Setor de Cuidados Intermediários. Apenas o setor de Cuidados Intensivos era dirigido por um enfermeiro do quadro do Hospital das Clínicas.

Em 1980, a Diretoria da Escola de Enfermagem, após análise de relatório de uma comissão instituída pela mesma (composta por docentes, discentes, enfermeiros e auxiliares de enfermagem do HC-UFMG) fez algumas sugestões visando a organização do serviço de Enfermagem do Hospital. Dentre elas, destacamos: a criação da Subcomissão Profissional de Enfermagem e da Comissão Interprofissional, além da reativação do Conselho Técnico Científico e a participação de um docente na Assessoria de Planejamento, o que já era previstos no Regimento do HC-UFMG. Ainda em 1980, uma resolução da diretoria do Hospital extinguiu a CAEEn. No dia 18 de agosto de 1981, o Diretor do HC-UFMG, por meio da Portaria nº. 29/81 aprovou o projeto de Organização da Subcomissão de Enfermagem.

No período de 1981 a 1991, não havia, dentro do Serviço de Enfermagem do HC-UFMG, uma chefia unificada de Enfermagem, o que contribuiu para o aparecimento de conflitos, uma vez que as chefias dos diversos setores preocupavam-se com os seus problemas internos e defendiam os interesses de suas respectivas áreas de atuação.

Em 1986, com a aprovação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, as lideranças de Enfermagem da Instituição começaram a discutir a necessidade da criação de uma chefia geral que pudesse representar os interesses da Enfermagem junto à administração, visando a melhoria da assistência ao sujeito do cuidado, e que também se preocupasse com o sujeito cuidador. Nessa época, buscou-se o apoio das organizações representativas da Enfermagem. Entre elas, a Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Minas Gerais (ABEn-MG) e o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG). A articulação da categoria com tais organizações possibilitou que os enfermeiros da instituição definissem que só assumiria a responsabilidade técnica alguém determinado por um mandato eletivo. Como a responsabilidade técnica era uma exigência prevista na lei e havia vacância no cargo, o Diretor Geral do Hospital foi notificado pela fiscalização do COREN-MG e pela Vigilância Sanitária. A notificação alertava para o fato de que o HC não receberia o alvará de

funcionamento se não houvesse uma Chefia de Enfermagem/Responsável Técnico respondendo pelas questões da Enfermagem.

Assim, em 27 de outubro de 1988, por meio da resolução Nº02/88 do Conselho Administrativo do HC-UFMG, foi criado o Serviço de Enfermagem, subordinado ao superintendente clínico, e delegada à Assessoria de Planejamento a atribuição de, no prazo de 30 dias, propor ao conselho a estrutura de compatibilidade deste serviço com o regimento em vigência. O parecer da Assessoria de Planejamento foi então prorrogado e apresentado sob o parecer Nº 001/89/APHC/UFMG, em fevereiro de 1989.

Após diversas articulações, a Chefia Geral de Enfermagem do Hospital foi regulamentada em 1989, com o nome de Coordenadoria Geral de Enfermagem (CGE).

Nesta época, a EEUFMG e a Enfermagem do HC-UFMG se reuniram e decidiram realizar uma eleição direta paritária com a chapa designada composta pela enfermeira Leonor Gonçalves (Coordenadora) e Profª Maria José Grilo Caldeira Brant (subcoordenadora). Enviaram o resultado da eleição para a Diretoria em exercício, solicitando a nomeação das referidas profissionais, o que não ocorreu. A eleição paritária convocada pela Diretoria em exercício só ocorreu três anos mais tarde, em maio de 1991, após a publicação da Resolução nº 01/91 do Conselho Administrativo do HC. Considerando que, nesse ano, a Prof.ª Maria José Grilo havia sido eleita Diretora da EEUFMG, uma nova Chapa foi organizada pelos docentes da EEUFMG e Enfermagem do HC-UFMG, composta pela enfermeira Leonor Gonçalves e pela Profª Mônica Ribeiro Canhestro. Configurou-se, assim, a primeira Chefia Geral de Enfermagem eleita do HC-UFMG – CGE/HC-UFMG.

A partir de então, a CGE se organizou numa estrutura colegiada, cuja definição da filosofia de trabalho e das diretrizes políticas da Enfermagem do HC se deu pelo conjunto dos coordenadores e supervisores de Enfermagem e grupo de representantes das diversas categorias constituintes da CGE. Ao longo dos anos, a direção da Enfermagem do HC sempre contou com a parceria da Escola de Enfermagem da UFMG, com professores integrados às suas comissões ou coordenadorias.

Em 1998, houve uma mudança na denominação e a CGE passou a chamar Divisão Técnica de Enfermagem (DTE). A estrutura administrativa colegiada continuou praticamente a mesma, adequando-se aos diferentes contextos da vida do Hospital.

Com a implantação do Modelo de Gestão de Unidades Funcionais do Hospital, a DTE, que já dispunha desde a sua criação de uma estrutura denominada Colegiado Gestor da Enfermagem, não teve nenhuma dificuldade de se somar à nova política. Este colegiado era composto pela chefia titular e chefia adjunta de Enfermagem, pelos coordenadores técnicos assistenciais noturnos e diurnos, por vinte e três coordenadores de enfermagem, por um representante dos enfermeiros, por dois representantes dos técnicos de enfermagem e um representante dos auxiliares de Enfermagem eleitos por seus pares.

A chefia unificada de Enfermagem vem cumprindo papel vital ao coordenar todo o trabalho de Enfermagem do HC, sendo responsável pela direção, organização, planejamento, coordenação, execução e avaliação de todo o processo de trabalho dos profissionais da categoria, visando atender toda a clientela usuária da instituição, ou seja, pacientes, professores, alunos e funcionários. Também representa os interesses de todos os profissionais de Enfermagem nas diversas categorias e junto aos setores e serviços do HC, assim como administra os conflitos que existem entre os grupos profissionais, interprofissionais e multidisciplinares. Integra também as comissões de trabalho constituídas pela Diretoria do Hospital das Clínicas/UFMG (Comissão de Humanização, de Obra, de Energia, de Controle de Qualidade de Material, de Projeto de Acompanhante, Interdisciplinar, de Suporte Nutricional, de Ética em Enfermagem, de Prontuário e outras), por meio de um representante indicado pelo colegiado gestor, ou, pela chefia titular ou chefia adjunta.

As eleições para a Chefia Unificada de Enfermagem e dos representantes das categorias de

Enfermagem que compõem o colegiado gestor acontecem a cada dois anos; da Chefia, a partir de edital da Diretoria do Hospital das Clínicas/UFMG; dos demais representantes, a partir de processo estabelecido pelo Colegiado Gestor de Enfermagem. A Chefia Titular e a Chefia Adjunta são eleitas pelos profissionais de Enfermagem do HC e por todos os docentes da EEUFMG. As outras chefias são eleitas pelos profissionais de suas respectivas unidades funcionais. Já os representantes de categorias profissionais, são eleitos por seus pares.

Após quatro anos de ampla discussão pelos trabalhadores da instituição, no Conselho Administrativo do HC-UFMG e na EEUFMG, em 29 de janeiro de 2004, o Conselho Universitário da UFMG aprovou a Resolução Complementar nº 01/04 que transforma o Hospital das Clínicas da UFMG em Unidade Especial e aprova seu regimento. Sua missão fica assim definida: "Desenvolver a assistência na área de saúde, com eficácia e eficiência e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão, constituindo-se como referência junto à sociedade." Aprovou ainda que as atividades do Hospital das Clínicas da UFMG integrar-se-ão administrativamente, sob direção geral única, adotando modelo descentralizado de gestão, que se efetivará por meio de unidades gerenciais denominadas Unidades Funcionais.

Assim, a partir de 29 de janeiro de 2004, (Resolução Complementar Nº 01/04 do Conselho Universitário) a Chefia Unificada de Enfermagem passa a ser denominada Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE) em substituição a CGE-DTE, fazendo parte formalmente da alta Direção e do Conselho Diretor, órgão de deliberação superior do HC-UFMG com subordinação à Diretoria Técnica.

A VDTE é o órgão que responde pela assistência de Enfermagem prestada pelo Hospital das Clínicas da UFMG. É integrada pelo Vice-Diretor Técnico de Enfermagem titular e pelo Vice-Diretor Técnico de Enfermagem adjunto, ambos enfermeiros. Passou a ser obrigatório que tal chefia seja composta por um membro do quadro docente da Escola de Enfermagem e outro do quadro permanente do Hospital das Clínicas da UFMG, com prévia consulta à comunidade de Enfermagem.

A Enfermagem do HC-UFMG vem trabalhando dentro do modelo de cuidado integral. Neste modelo, o enfermeiro é responsável por todos os cuidados relacionados a um determinado paciente. A equipe de profissionais responsável responde por todos os procedimentos relacionados ao cuidar do sujeito, e atua nas áreas de assistência, administração, ensino e pesquisa.

Abaixo são apresentadas as gestões e os gestores da VDTE ao longo dos últimos 11 anos:

- 1ª GESTÃO: Leonor Gonçalves e Mônica Ribeiro Canhestro - Gestão 1991 a 1994 (Eleição Paritária).
- 2ª GESTÃO: Anadias Trajano e Fábio Gontijo - Gestão 1994 a 1996 (Eleição Paritária).
- 3ª GESTÃO: Marlene Clarett da Silva Reis e Maria Madalena Figueiredo - Gestão 1996 a 1998 (Eleição Paritária).
- 4ª GESTÃO: Maria José Grillo Caldeira Brant e Rosaura das Graças Silva - Gestão 1998 a 2000 (Eleição Universal).
- 5ª GESTÃO: Leonor Gonçalves e Zídia da Rocha Magalhães - Gestão 2000 a 2003(Eleição Universal).
- 6ª GESTÃO: Enio Latini Bitarães e Magda Afonsino V. Oliveira - Gestão 2003 a 2005 (Eleição Universal).
- 7ª GESTÃO: Eliane Marina Palhares Guimarães e Dionéia Paula Bodevan Souza - Gestão 2005 a 2007 (Eleição Universal).
- 8ª e 9ª GESTÃO: Leonor Gonçalves e Lúcio José Vieira - Gestão 2007 a 2009 / 2009 a 2011 (Eleição Universal).

Texto redigido pela Diretora da VDTE Enf ª. Dr ª. Leonor Gonçalves em fevereiro/2009, baseado nas seguintes fontes:

BRANT, M.J.C.G.C., SENA, R.R. **Projeto acadêmico assistencial: Escola de Enfermagem e Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte, 1999. Não publicado.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-MG. **Oficio n.498,** de 10 de março de 1989. Criação de um grupo para avaliar a peculiaridade da estruturação do HC, em relação ao Serviço de Enfermagem. Belo Horizonte, 1989.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-MG. **Oficio n.1079**, de 29 de maio de 1989. Informa a decisão de solicitar apenas um enfermeiro como responsável pelo serviço de Enfermagem do HC. Belo Horizonte, 1989.

NUNES, A.A., FIGUEIREDO, E.S., SALVIANO, M.E.M., REIS, M.C.S., SILVA, M.F.S.S. **Estratégias para a construção do plano assistencial para a Enfermagem HC/UFMG.** Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 1998. Não publicado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Conselho Universitário. R**esolução complementar n.01** de 29 de janeiro de 2004. Transforma o Hospital das Clínicas da UFMG em Unidade Especial e aprova seu regimento. Boletim Informativo UFMG, Belo Horizonte, n. 1431, março, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Conselho Administrativo do HC-UFMG**. Resolução n. 02** de 27 de outubro de 1988. Cria o "Serviço" de Enfermagem, e toma outras providências. Belo Horizonte, 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Conselho Administrativo do HC-UFMG. **Resolução n. 01/91.** Altera a resolução 03/90 que cria a Coordenadoria Geral de Enfermagem do HC-UFMG. Belo Horizonte,

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Diretoria do Hospital das Clínicas. **Oficio n.118** de 15 de fevereiro de 1989. Trata da estrutura assistencial do HC. Belo Horizonte, 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Assessoria de Planejamento do Hospital das Clinicas. **Parecer n. 01/89.** Propõe a estrutura, competência e nomenclatura do serviço de Enfermagem do HC. Belo Horizonte, 1989.

Instrução de Trabalho Técnico

Necessidade humana básica - Oxigenação

CLASSE 01 OXI

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

GESQUALIS
GESTÃO PELA QUALIDADE EM SAÚDE

Título: Oximetria de pulso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 01.1			1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Quando houver prescrição médica ou do enfermeiro.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 oxímetro de pulso com cabo de energia;
01 sensor em sonda de acordo com o paciente: neonatal e pediátrico ou adulto;
10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo;
03 bolas de algodão ou
01 pacote de gazinha para neonato;
01 almotolia com Álcool a 70 %;
05 ml de removedor de esmalte;
01 caneta;
01 impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

Em caso de não conformidade:
Diante de níveis alterados para cima ou para baixo, avaliar a condição clínica, verificar se o sensor não se soltou e, conferir se o tipo de sensor está adequado ao biotipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Elaine Araújo Silva Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Junho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Oximetria de pulso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 01.1			2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
POTTER, P. A. & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S. A. 2004.
SOBECC. **Práticas Recomendadas** – SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle** – 2ª ed. Médica e científica LTDA. Belo Horizonte, 2001.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar os materiais para a unidade do paciente;
8. fazer desinfecção do sensor com algodão umedecido com Álcool a 70%;
9. verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;
10. ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para a saturação de oxigênio alta quanto baixa, bem como, para as freqüências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição física ou clínica, terapêutica e riscos;
11. confirmar se o sensor está compatível ao monitor;
12. selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);
13. determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;
14. preparar o sítio selecionado removendo esmalte, brinco ou sujidade se houver;
15. fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz – um em oposição ao outro. Em adulto: envolver o conjunto com uma fita de esparadrapo; em neonatal e pediátrico: envolver primeiro uma gazinha dobrada e depois passar a fita hipoalérgica;
16. conectar o sensor do oxímetro ao aparelho;
17. certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a freqüência do oxímetro. Quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;
18. ler o nível de saturação do oxigênio e a freqüência de pulso;
19. mudar o sensor de dedo a cada duas horas se sensor de salto (abre e fecha como pregador de roupa) ou a cada 4 horas se adesivo;

Título: Oximetria de pulso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 01.1			3 de 3

20. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
21. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores das leituras realizadas (saturação e freqüência);
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de oxigênio por cânula nasal tipo óculos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica ou em situação de emergência e urgência.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulâncias e Domicílio.

Condições necessárias:
Oxigênio canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
01 fluxômetro para oxigênio;
01 cateter nasal tipo óculos;
01 frasco umidificador;
01 intermediário de silicone estéril;
01 frasco de água bidestilada estéril de 500 ou 250 ml;
01 bandeja de aço inox;
01 par de luvas de procedimento;
05 unidades de gaze estéril;
01 frasco ampola de Soro Fisiológico 0,9 % de 10 ml.
02 cotonetes;
01 impresso para anotação de oxigênio.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Fabíola Fagundes Fernandes Lílian Esteves Lima Maria Bárbara Alves Maria Madalena Figueiredo Monalisa Maria Gresta Rosângela Oliveira Santos Rosaura das Graças Silva Viviane Vieira Barbosa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Ana Cristina Roma de Figueiredo Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Monalisa Maria Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/ 2006 Junho/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Maio/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de oxigênio por cânula nasal tipo óculos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.1	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Em caso de não conformidade:
Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado corretamente; se persistir, trocar o frasco umidificador.
Observar queixa de dispnéia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de anormalidades.

Bibliografia consultada:
BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002 V1, 2, 3 E 4.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
Decisão COREN-SC n°. 001/2006.
DUGAS. B. W. **Enfermagem prática.** 4º ed. Rio de Janeiro. Guanabara: 1988.
KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermage**m – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.
POTTER, A. P. PERRYM, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 5º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
PUCMinas/ Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.
White Martins. **Segurança em Gases medicinais para clientes.** 2ª ed. Rio de Janeiro: White Martins. 1998. 88 p.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de rotinas.** Belo Horizonte, 2003.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
2. identificar o paciente;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante reforçando a proibição de fumar;
5. higienizar as mãos conforme ITT CCIH nº. 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carri-

nho de curativo;

8. conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
9. encher o umidificador com água estéril bidestilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;
10. rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
11. conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra no cateter nasal;
12. abrir o fluxômetro e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva do mesmo e verificar se há borbulhamento da água;
13. colocar o paciente em posição segura e confortável;
14. regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 3 L/min. Encorajar o paciente a respirar pelo nariz com a boca fechada;
15. colocar o cateter na narina ajustando-o atrás do pavilhão auricular e sob o queixo ou em volta da cabeça;
16. fazer limpeza das narinas, utilizando luvas de procedimento, gazinha e cotonete e Soro Fisiológico (SF) 0,9% a cada 8 horas; avaliar e limpar as narinas e a cânula a cada 8 horas com SF 0,9% e gaze;
17. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
18. retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone.
19. desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade.
20. trocar todo o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mal funcionamento, sujidade ou a cada sete dias, encaminhá-lo para limpeza e finalização;
21. em caso de suspensão temporária, guardar o cateter devidamente acondicionado e protegido;
22. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
23. registrar no prontuário em impresso padronizado a data, a hora do início, do término e o fluxo do oxigênio administrado;
24. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de oxigênio por cateter nasofaríngeo

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica ou em situação de emergência e urgência.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:
Oxigênio canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
01 fluxômetro para oxigênio;
01 cateter nasal tipo orofaríngeo;
01 frasco umidificador;
01 intermediário de silicone estéril;
01 frasco de água bidestilada estéril de 500 ml ou 250 ml;
01 bandeja de aço inox;
01 par de luvas de procedimento;
01 pacote de gaze estéril;
01 frasco ampola de S. Fisiológico 0,9% de 10 ml esparadrapo;
01 impresso para anotação de oxigênio;
02 cotonetes;
01 impresso para anotação de oxigênio.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Fabíola Fagundes Fernandes Lílian Esteves Lima Maria Bárbara Alves Maria Madalena Figueiredo Monalisa Maria Gresta Rosângela Oliveira Santos Rosaura das Graças Silva Viviane Vieira Barbosa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Ana Cristina Roma de Figueiredo Antonieta Lourdes de Souza Claudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/ 2006 Julho/08
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Maio/2006 Julho/08
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de oxigênio por cateter nasofaríngeo

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.2	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Em caso de não conformidade:
Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado corretamente ou se o orifício está entupido utilizando uma agulha estéril. Se persistir, trocar o frasco umidificador.

Bibliografia Consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002 1, 2, 3 E 4.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.
POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p
PUCMinas/ Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005
SWEARINGEN, P. L; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.
White Martins. **Segurança em gazes medicinais para clientes**. 2ª ed. Rio de Janeiro: White Martins. 1998. 88 p.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem**. Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a proibição de fumar;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio sob o risco de explosão;
9. encher o umidificador com água estéril bidestilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;

Título: Administração de oxigênio por cateter nasofaríngeo

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.2	VDTE 016009		3 de 3

10. rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
11. conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra no cateter nasofaríngeo;
12. colocar o paciente em posição confortável e segura;
13. regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 3 L/min. e encorajá-lo a respirar pelo nariz com a boca fechada;
14. abrir a válvula do fluxômetro e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva de oxigênio;
15. medir no cateter a extensão do lobo da orelha à ponta do nariz e marcar com esparadrapo;
16. introduzir o cateter delicadamente na narina até a marca indicada após lubrificação ou umidificação com SF 0,9%;
17. fixar o cateter com esparadrapo na lateral da face, atentando para não tracionar a narina;
18. fazer limpeza das narinas, utilizando luvas de procedimento, gazinha e cotonete e Soro Fisiológico (SF) 0,9% e repetir a cada 8 horas; avaliar as narinas a cada 8 horas e limpar a cânula e as narinas com SF 0,9% e gaze ou cotonete;
19. revezar a narina a cada 8 horas;
20. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem. Cuidado com aparelhos elétricos, pois, podem emitir faíscas;
21. retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;
22. desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
23. trocar todo o sistema acoplado ao fluxômetro quando apresentar qualquer mau funcionamento, sujidade, contaminação do cateter ou a cada sete dias. Encaminhar o sistema para limpeza e esterilização e desprezar o cateter;
24. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
25. registrar no prontuário no impresso padronizado a data, a hora de início, o término e o volume administrado;
26. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de oxigênio por cânula orofaríngea

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02. 3	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica e ou situações de urgência e emergência.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
01 fonte de O2;
01 copo de umidificador;
01 intermediário de silicone;
01 cateter nasofaríngeo;
01 cânula de Guedel (pequena média ou grande);
01 frasco de ABD 500 ml;
02 luvas de procedimento;
01 caneta;
01 impresso de oxigênio;
EPI – óculos, máscara, gorro, capote;
01 esparadrapo.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Prevenção da obstrução de traquéia pelo deslocamento da língua para a faringe, mantendo a língua na posição normal e fornecer oxigênio ao paciente na concentração adequada sem riscos para este e para o ambiente.

Em caso de não conformidade:
Se não houver borbulhamento da água no umidificador checar se o fluxômetro está conectado corretamente; se persistir trocar o frasco umidificador;
Verificar a não adequação do tamanho da cânula ao paciente e trocá-la se necessário;
Observar queixa de dispnéia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de anormalidades.

Bibliografia consultada: vide página 2/2.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Junho / 2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Julho / 2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de oxigênio por cânula orofaríngea

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02. 3	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem. vol. II**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1726p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando o motivo; dizer tratar-se de medida temporária;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH nº. 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio sob o risco de explosão;
9. encher o umidificador com água estéril bidestilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;
10. rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
11. calçar luvas de procedimento e outros EPI's definidos pela CCIH em casos de precauções e isolamentos;
12. levantar a cabeceira a 30°, caso haja vômito;
13. escolher o tamanho adequado da cânula que, vai do canto da boca ao ângulo da mandíbula abaixo da orelha;
14. estender a cabeça e abrir a boca do paciente;
15. inserir a cânula lateralizada e repousá-la sobre a língua com a curvatura convexa voltada para o palato;
16. inserir cateter nasofaríngeo na cânula e prendê-lo à mesma com esparadrapo;
17. ligar o O2 no máximo a 4L/min;
18. deixar o paciente seguro, confortável e manter a unidade do paciente em ordem;
19. retirar luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
20. registrar em impresso padronizado a data, a hora de início, o término e o volume administrado;
21. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de oxigênio por máscara facial

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.4	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica ou em situação de emergência e urgência.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulância.

Condições necessárias:
Oxigênio canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
01 fluxômetro para oxigênio;
01 máscara facial (pequena, média ou grande);
01 frasco de macronebulizador;
01 tubo corrugado de plástico;
01 frasco de água bidestilada estéril 500 ml
05 unidades de gaze estéril
01 frasco ampola de Soro Fisiológico 0,9% de 10 ml;
01 cadarço;
02 cotonetes;
01 impresso para anotação de oxigênio;
01 bandeja de inox;
02 luvas de procedimento.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Fabíola Fagundes Fernandes Lílian Esteves Lima Maria Bárbara Alves Maria Madalena Figueiredo Monalisa Maria Gresta Rosângela Oliveira Santos Rosaura das Graças Silva Viviane Vieira Barbosa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Ana Cristina Roma de Figueiredo Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Monalisa Maria Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/ 2006 Junho/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Maio/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de oxigênio por máscara facial

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.4	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Em caso de não conformidade:
Se não houver produção de vapor checar se o fluxômetro está conectado corretamente; verificar se não há impedimento na passagem de ar pelos canalículos da tampa do copo de macronebulizador; se persistir trocar o frasco do macronebulizador.

Bibliografia consultada:
BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002 V1, 2, 3 E 4.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.
PUC-Minas/ Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
WHITE MARTINS. **Segurança em Gazes medicinais para clientes.** 2ª ed. Rio de Janeiro: White Martins. 1998. 88 p.

Descrição da Instrução de Trabalho

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a proibição de não fumar;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
9. encher o macronebulizador com água estéril bidestilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar água do recipiente;

Título: Administração de oxigênio por máscara facial

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.4	VDTE 016009		3 de 3

10. rosquear a tampa do macronebulizador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
11. Conectar uma das extremidades do tubo corrugado no frasco de macronebulização e a outra na mascara facial;
12. amarrar o cadarço à máscara;
13. colocar o paciente em posição confortável e segura;
14. fazer a limpeza das narinas a cada 8 horas, utilizando luvas de procedimento, 01 cotonete ou gaze e a ampola de SF 0,9%;
15. abrir a válvula do fluxômetro ate produzir vapor de oxigênio;
16. colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo;
17. puxar o cadarço para trás da cabeça e dar um laço, deixando a máscara firme ao queixo; reduzir pressão do cadarço à pele com gaze;
18. regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no mínimo 5 L/min;
19. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
20. retirar o acúmulo de água do tubo corrugado e, em caso de tosse produtiva, a máscara devera ser limpa sempre que houver sujidade, usando a gaze e a água bidestilada ou a solução fisiológica. Secar a pele do paciente a cada 2-3 horas se houver fluxo contínuo do oxigênio;
21. desprezar a água do frasco de macronebulizador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade e colocar nova água estéril; Trocar todo o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mal funcionamento, sujidade ou a cada sete dias e encaminhá-lo para limpeza e finalização;
22. em caso de suspensão temporária, guardar a máscara devidamente acondicionada e protegida;
23. registrar em impresso próprio a data, a hora de inicio, o término do uso do oxigênio e o fluxo administrado;
24. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de oxigênio por máscara de Venturi

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.5	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
De acordo com a prescrição médica ou em situação de emergência e urgência.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:
Oxigênio canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
01 fluxômetro para oxigênio;
01 máscara de Venturi;
01 frasco umidificador;
01 intermediário de silicone estéril;
01 frasco de água bidestilada estéril de 500 ou 250 ml;
01 bandeja de aço inox;
01 par de luvas de procedimento;
05 unidades de gaze estéril;
01 frasco ampola de Soro Fisiológico 0,9 % de 10 ml;
02 cotonetes;
01 impresso para anotação de oxigênio.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4 e 3/4

Resultado esperado:
Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Em caso de não conformidade:
Se não houver borbulhamento da água no umidificador checar se o fluxômetro está conectado corretamente; se persistir, trocar o frasco umidificador;
Observar queixa de dispnéia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de anormalidades.

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Agosto/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de oxigênio por máscara de Venturi

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.5	VDTE 016009		2 de 4

Bibliografia consultada:

CARVALHO, **D.P. Centro de Aprimoramento Profissional em Saúde – CAPS – Oxigenoterapia.** Disponível em: <http://www.capscursos.com.br/docs/OXIG%CANIOTERAPIA.pdf> Acesso em: agosto/2008.

Cirúrgica Passos. **Máscara de Venturi**. Disponível em: <http://www2.ciashop.com.br/cpassos/product.asp?template_id=62&dept_id=3&pf_id=339>. Acesso em: agosto/2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

POTTER, A. P. PERRYM, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 5º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

WHITE MARTINS. **Segurança em Gases medicinais para clientes.** 2ª ed. Rio de Janeiro: White Martins. 1998. 88p.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento, reforçando a proibição de fumar;
4. higienizar as mãos conforme ITT CCIH nº. 002;
5. calçar luvas de procedimento e capote se necessário;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
8. conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
9. encher o umidificador com água estéril bidestilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;
10. rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
11. conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra na válvula da máscara de Venturi, a qual se encaixa a um “cachimbo”. O mesmo é adaptado a uma traqueínha que se conecta a máscara (FIG. 1);
12. abrir o fluxômetro e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva de oxigênio e verificar-se do borbulhamento da água;
13. colocar o paciente em posição segura e confortável;
14. regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica (alto fluxo ou fluxo fixo, 10 a 15 l/min). Encorajar o paciente a respirar pelo nariz com a boca fechada. Colocar a máscara na face do

Título: Administração de oxigênio por máscara de Venturi

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.5	VDTE 016009		3 de 4

paciente de forma bem adaptada ajustando o elástico em volta da cabeça do paciente. Estar atento a casos de vômito;

15. fazer limpeza das narinas, utilizando luvas de procedimento, gazinha e cotonete e soro fisiológico 0,9% a cada 8 horas; avaliar e limpar as narinas e a cânula a cada 8 horas com SF 0,9% e gaze;
16. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
17. retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;
18. desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
19. a troca da máscara deve ocorrer a cada sete dias ou quando a mesma estiver contaminada, com sujidade ou danificada;
20. em caso de suspensão temporária, guardar a máscara devidamente acondicionada e protegida;
21. retirar luvas e capote se utilizado e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar em impresso padronizado a data, a hora do início, do término e o volume do oxigênio administrado;
23. assinar e carimbar.

FIM

FIGURA 1 - Máscara de Venturi c/ conectores
Fonte: http://www.redmed.com.br/produto.php?cat=9&id=82

Título: Administração de oxigênio por máscara de Venturi

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.5	VDTE 016009		3 de 4

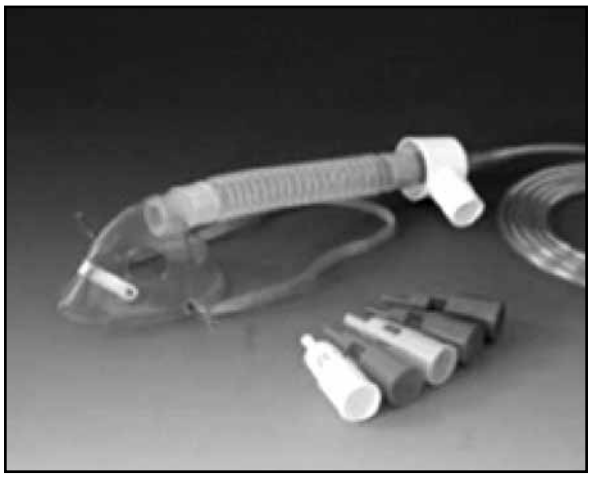


FIGURA 2 - Máscara de Venturi com tubo de extensão
Fonte: http://www2.ciashop.com.br/cpassos/product.asp?template_id=62&dept_id=3&pf_id=339

A FiO2 é ajustada trocando-se os "copinhos" coloridos;
Há mistura de ar ambiente (entra na lateral da máscara) e oxigênio;
A FiO2 pode variar de 24 a 50%.

FIGURA 3 – Máscara facial de Venturi

Vantagens
- Permite selecionar com exatidão o FiO2 desejado (rodando botãozinho verde)
Fonte: http://www.portaldafenix.com/index.php?topic=17223

Título: Administração de oxigênio por Hood ou Oxitenda

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.6	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
Conforme prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:

01 fonte de oxigênio com fluxômetro;
01 frasco umidificador;
01 fonte de ar comprimido;
03 intermediários de silicone estéril;
01 fluxômetro para oxigênio;
01 frasco de água bidestilada estéril de 500 ml;
01 fluxômetro para ar comprido;
01 conexão em Y de metal;
01 cúpula de acrílico transparente (Hood ou Oxitenda);
5 cm de fita microporosa ou esparadrapo.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

Em caso de não conformidade:
Em caso de queda na saturação de oxigênio, verificar se há oscilação da pressão na rede (ou cilindro) ou vazamento no sistema e tomar medidas cabíveis.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006
Avaliado por	Magna Patrícia Caroliny Alves Pessoa Glauciane Fonseca Procópio Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2007 Maio/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE titular		Março/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de oxigênio por Hood ou Oxitenda

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.6	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/20
EI NLDFT. L. et al. **Manual de Enfermagem em UTI Pediátrica.** Porto Alegre. Medsi. 1956.
KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. identificar o paciente;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a proibição de fumar;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
8. conectar os fluxômetros às saídas do oxigênio e do ar comprimido;
9. encher o umidificador com água estéril bidestilada até 2/3 de sua capacidade (quando o nível da água estiver inferior a 1/3, desprezá-la e colocar outros 2/3 de água bidestilada estéril);
10. rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro de oxigênio;
11. conectar uma das extremidades do silicone no umidificador de oxigênio e a outra no orifício do Y de metal;
12. conectar uma das extremidades do silicone no fluxômetro de ar comprimido e a outra no Y de metal;
13. colocar o paciente em posição segura e confortável;
14. posicionar a cúpula sobre a cabeça do paciente atentando para não pressionar os ombros;
15. conectar uma das extremidades do silicone nº. 3 ao Y de metal e introduzir a outra extremidade no orifício da cúpula do Hood ou Oxitenda, se necessário, fixá-la com o esparadrapo;
16. certificar que o sistema encontra-se bem ajustado para evitar vazamentos;
17. ligar e regular o fluxo de oxigênio e de ar comprimido conforme prescrição médica;
18. comunicar ao enfermeiro ou ao médico se a saturação atingida pelo paciente não for satisfatória;
19. deixar o paciente seguro e confortável e a unidade em ordem;
20. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. registrar no prontuário a data, a hora, a regulação de oxigênio e de ar comprimido deixada e a saturação atingida pelo paciente;
22. proceder à limpeza diária da Oxitenda e Hood conforme ITT correspondente e trocar o frasco umidificador, os intermediários e o adaptador “Y” a cada 72 horas;
23. assinar e carimbar.

Título: Administração de oxigênio por Hood ou Oxitenda

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.6	VDTE 016009		3 de 3

Fluxo	8 litros		15 litros		30 litros /minutos	
( ) %	0^2	AR	0^2	AR	0^2	AR
30	1	7	2	13	4	26
40	2	6	4	11	7	23
50	3	5	6	9	10	20
60	4	4	7	8	15	15
70	5	3	9	6	19	11
80	6	2	11	4	23	7
90	7	1	13	2	26	4
100	8	-	15	-	30	-

APÊNDICE A -Quadro de fluxo de O2 X ar comprimido

FIM

Título: Administração de nebulização/inalação (micronebulização)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.7	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
Oxigênio ou ar comprimido canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
medicamento prescrito;
01 ampola de Água Bidestilada estéril ou de SF 0,9 % segundo prescrição médica;
01 micronebulizador;
01 sacola de plástico padronizada para acondicionar micronebulizador;
01 bandeja de inox;
01 fluxômetro;
papel toalha.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Administração de medicamento por via respiratória através do micronebulizador. Fluidificar secreções das vias aéreas superiores e inferiores.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Fabíola Fagundes Fernandes Lilian Esteves Lima Maria Bárbara Alves Maria Madalena Figueiredo Monalisa Maria Gresta Rosaura das Graças Silva Rosângela Oliveira Santos Viviane Vieira Barbosa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2006
Avaliado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Antonieta Lourdes Souza Caroliny Alves Pessoa Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/ 2006 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE titular		Março/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de nebulização/inalação (micronebulização)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.7	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Se não houver produção de vapor verificar se a conexão do fluxômetro está correta, se não há impedimento na passagem de ar pelos canalículos na tampa do copo de micronebulização e se o anteparo está posicionado corretamente; se persistir, trocar o micronebulizador.

Bibliografia consultada:
BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002 V1, 2, 3 E 4.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.
PUCMinas/ Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.
WHITE MARTINS. **Segurança em Gases medicinais para clientes.** 2ª ed. Rio de Janeiro: White Martins. 1998. 88 p.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a proibição de fumar;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio sob risco de explosão;
9. colocar o líquido e o medicamento prescritos no copo do micronebulizador. Usar somente fluidos estéreis para micronebulização manipulando-os assepticamente e ao usar frascos de medicamentos multidose, manuseá-los e guardá-los de acordo com instruções do fabricante e ITT de preparo de medicamento;
10. rosquear a tampa do frasco de micronebulizador e adaptar à máscara;
11. adaptar a extensão do micronebulizador ao fluxômetro;
12. colocar o paciente com cabeceira elevada em posição confortável e segura, preferencialmente

Título: Administração de nebulização/inalação (micronebulização)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 02.7	VDTE 016009		3 de 3

sentado;

13. ligar o oxigênio ou ar comprimido em torno de 5 litros/minuto, observando a formação do vapor;
14. regular o fluxo, mantendo a formação de vapor;
15. adaptar a máscara às vias aéreas do paciente (nariz/ boca/ traqueostomia/ tubo endotraqueal);
16. explicar ao paciente para inspirar profundamente e expirar lentamente permanecendo com a boca semi-aberta sem conversar;
17. observar as possíveis reações do paciente (taquicardia, palpitações, tremores, entre outras) e o funcionamento da nebulização;
18. interromper a micronebulização se ocorrer alguma reação ao medicamento e comunicar ao enfermeiro ou ao médico;
19. manter a nebulização até o término da solução;
20. oferecer papel toalha ao paciente e orientar para escarrar caso haja expectoração e desprezá-lo no lixo;
21. desligar oxigênio ou ar comprimido após o término do medicamento ou do vapor;
22. proteger o aparelho com a sacola plástica padronizada para acondicionar nebulizadores (se possível pendurá-lo à fonte de oxigênio ou ar comprimido);
23. proceder à higiene nasal com soro fisiológico 0,9% se houver presença de secreção;
24. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
25. trocar todo o sistema a cada 24 horas e encaminhá-lo para limpeza e esterilização e atentar para não extraviar o anteparo do aparelho micronebulizador; trocar o sistema sempre que contaminado;
26. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
27. registrar no prontuário a data, o horário do procedimento, se houve alguma reação e/ou aspecto da secreção eliminada;
28. assinar e carimbar.

FIM

Título: Aspiração de vias-aéreas superiores em adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 03.1	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição.
Na percepção ou presença de secreção.
Após mudança de decúbito**.**

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:

Fonte de vácuo canalizado ou aspirador portátil;
vacuômetro com frasco coletor;
sonda de aspiração;
01 intermediário de silicone estéril;
05 unidades de gaze;
02 luvas de procedimento
01 par de luvas estéril (se o paciente estiver traquesteomizado ou entubado);
01 pacote compressa estéril;
01 frasco ampola de Soro Fisiológico 0,9% de 10 ml ou de ABD 10 ml;
EPI (capote, máscara, gorro, óculos e luvas de auto-proteção);
01 bandeja inox limpa e desinfectada.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2006
Avaliado por	Ana Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/ 2006 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE titular		Maio/ 2006 Julho/08
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Aspiração de vias-aéreas superiores em adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 03.1	VDTE 016009		2 de 4

Resultado esperado:
Evitar o acúmulo de secreção nas vias aéreas;
Manter a permeabilidade respiratória;
Promover alívio respiratório.

Em caso de não conformidade:
Em caso de sangramento comunicar com o enfermeiro ou médico responsável;
Na presença de secreção espessa fazer micronebulização com Soro Fisiológico 0,9% para fluidificar a mesma.

Bibliografia consultada:
BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirurgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002 V1, 2, 3 E 4.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.
PUCMinas/ Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão**. BH. Agosto 2005.
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.
WHITE MARTINS. **Segurança em Gazes medicinais para clientes.** 2ª ed. Rio de Janeiro: White Martins. 1998. 88 p.
POTTER, P.A., PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, vol. 2.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição e/ou proceder à avaliação clínica (percepção de sinal ou presença de secreção);
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e levar os materiais até a mesa de cabeceira do paciente;
7. adaptar uma das extremidades do intermediário à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração (mantendo-a no invólucro);
8. abrir o vácuo, testar e fechá-lo;

Título: Aspiração de vias-aéreas superiores em adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 03.1	VDTE 016009		3 de 4

9. fixar o regulador da aspiração em 100 a 120 mmHg da parede ou 10 a 15 mmHg se portátil;
10. abrir o pacote de gaze, o frasco ampola de soro fisiológica ou ABD e o pacote de compressa estéril;
11. colocar os EPIs;
12. verificar se o paciente está com SNG ou SNE e caso afirmativo deixá-la aberta;
13. posicionar o paciente em posição segura e confortável preferencialmente, semi fowler, levantando a cabeceira e abaixando as grades da cama;
14. proteger o tórax do paciente com uma compressa;
15. durante a aspiração observar sinais clínicos de dispnéia (alteração de freqüência respiratória, cianose, palidez). Hiperoxigenar o paciente utilizando o AMBU ou aumentando a fio2 do ventilador para 100% ou aumentando o fluxo de O2;

15.1 para pacientes com traqueostomia ou tubo traqueal

15.1.1 verificar se o "cuff" está insuflado (para evitar aspiração);

15.1.2 calçar luva estéril na mão dominante e abrir a válvula do vácuo com a outra mão;

15.1.3 segurar a sonda com o auxílio de uma gaze estéril;

15.1.4 introduzir a sonda (até sentir resistência ou o paciente tossir – cerca de 10 a 12,5 cm) sem aplicar sucção no tubo ou traqueostomia, de preferência no tempo inspiratório ou durante a tosse;

15.1.5 aplicar sucção intermitente enquanto retira a sonda com movimentos rotatórios (no máximo 10 segundos);

15.1.6 limpar a sonda com gaze estéril e aspirar soro fisiológico entre uma aspiração e outra;

15.1.7 repetir aspiração até que a via aérea fique limpa de secreção;

15.1.8 oxigenar o paciente entre as aspirações;

15.1.9 se secreção espessa, instilar 3 a 5 ml de água bidestilada estéril ou SF a 0,9% no tubo ou cânula;

15.1.10 observar a alternância de insuflação do "cuff" da cânula ou tubo (quando desinsulflado há risco de aspiração; sempre que possível, utilizar o manômetro para fazer monitorização do cuff);

15.1.11 auscultar os pulmões do paciente para avaliar eficiência;

15.2 para aspiração nasal e oral

15.2.1 calcular distância entre lóbulo da orelha até narina e introduzir a sonda delicadamente em uma das narinas sem aplicar sucção, de preferência no tempo inspiratório; ou durante a tosse, até encontrar a secreção;

15.2.2 repetir até que a via nasal fique livre de secreção;

15.2.3 aspirar a orofaringe se estiver com secreção, utilizando a mesma técnica da nasofaringe e a mesma sonda. Após a introdução da sonda na cavidade oral, nunca reutilizá-la para nova aspiração nasofaríngea;

15.2.4 auscultar os pulmões do paciente para avaliar eficiência;

15.2.5 aspirar água bidestilada em quantidade suficiente para lavar o intermediário de silicone;

15.2.6 fechar o vácuo e desprezar a sonda e a ampola de soro fisiológico (são de uso único para cada sessão de aspiração);

15.2.7 proteger o intermediário com a compressa estéril;

16. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem; subir as grades da cama;
17. desprezar o material utilizado no expurgo;
18. desprezar no vaso sanitário a secreção do frasco coletor sempre que chegar a 2/3 do mesmo;

Título: Aspiração de vias-aéreas superiores em adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 03.1	VDTE 016009		4 de 4

19. lavar o frasco coletor sempre que desprezar a secreção e trocá-lo a cada 24 h;
20. intermediário de silicone deverá ser trocado a cada 24 horas;
21. retirar os EPI's e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. preparar o material para próxima aspiração;
23. registrar no prontuário: a data, a hora, a quantidade aspirada, o aspecto da secreção eliminada e se houve intercorrências;
24. assinar e carimbar.

FIM

Título: Aspiração de vias aéreas pediátricas e neonatais

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 03.2	VDTE 01609		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Quando:
Após avaliação da ausculta e detecção de sinais clínicos de dificuldade respiratória. Antes de desinsuflar o cuff.

Onde:
Unidades de Internação, Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico, Neonatologia, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica, Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
EPI (capote, gorro, máscara, óculos);
01 fonte de vácuo canalizado com vacuômetro ou aspirador portátil;
01 frasco coletor (vidro ou plástico);
02 luvas de procedimento ou 1 par estéril se paciente com via aérea artificial;
01 frasco-ampola de ABD estéril de 20 cc;
02 ampolas de solução fisiológica 0.9%;
seringas de insulina e seringas de 5/10 cc;
01 bandeja limpa e desinfectada;
01 almotolia com álcool a 70%;
sondas de aspiração traqueal de calibres variáveis conforme diâmetro do tubo ou cânula e via de aspiração (boca ou nariz);
01 intermediário de silicone estéril-comprimento aproximado: 70 cm;
01 pacote de compressa estéril;
02 unidades de gaze estéril;
02 profissionais treinados;
02 agulha 25x7cm;
01 monitor de saturimetria e ECG.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4

Resultado esperado:
Remover secreções acumuladas nas via aéreas. Melhorar trocas gasosas. Reduzir fatores de risco associados à infecção, alterações hemodinâmicas e complicações decorrentes do procedimento.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Monalisa Maria Gresta	Enfermeira		Outubro/2008
Avaliado por	Cláudia Melo Franco Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Outubro/2008 Dezembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE titular		Dezembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Aspiração de vias aéreas pediátricas e neonatais

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 03.2	VDTE 01609		2 de 4

Em caso de não conformidade:
Nos casos de alterações hemodinâmicas, arritmias, hipoxemia, broncoespasmo, hemorragias e sinais de desconforto respiratório, comunicar imediatamente ao enfermeiro e ao médico de plantão ou responsável.

Bibliografia consultada:
BROOKS, D et al. C**linical practice guidelines for suctioning the airway of intubated and nonintubated patient.** Canadian Respiratory Journal 2001; 8 (3): 163-181.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
LEVIM, D; MORISS, F; MOORE, G. **A practical guide to pediatric intensive care**- Mosby Company-1979
Manual para Provedores-SAVP-AHA-2003
OLIVEIRA, AC; Armond, GA; Tedesco, IA. **Procedimentos nas vias respiratórias**. in MARTINS, MA. Manual de Infecção Hospitalar. 2ºed. Rio de Janeiro:Medsi,2001.343-354.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Realizar a avaliação clínica da criança: freqüência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
2. apresentar-se ao paciente e ao seu acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar o material e encaminhar a Unidade do paciente;
6. colocar os EPIs;
7. conferir monitores: Freqüência cardíaca e saturação de oxigênio. Evitar realizar aspirações durante ou imediatamente após administração de dieta. Em caso de urgência, interromper a dieta e abrir a sonda (gástrica ou entérica). RN que fizeram uso de sulfactante só devem ser aspirados após 2 a 6 horas após administração do mesmo (variações que a literatura apresenta);
8. posicionar o paciente com cabeceira elevada a 30º, inclusive RN. Em pacientes com sonda gástrica, recomenda-se abrir a sonda antes do procedimento de aspiração;
9. adaptar uma das extremidades do intermediário à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração (mantendo-a no invólucro);
10. crianças em pós-operatório de correção de atresia de esôfago devem ter medidas padrão de tubos traqueais à beira do leito, para introdução segura das sondas de aspiração, evitando lesões e trauma da anastomose;
11. abrir pacotes de gaze e compressa. Fazer desinfecção do frasco ampola de SF/ ABD e abri-los mantendo-os a seu alcance ou solicitar ao outro profissional presente que o faça (técnica realizada por 2 profissionais);
12. calçar luvas. A luva estéril só é necessária na mão dominante, ou seja, na mão que manipula a

Título: Aspiração de vias aéreas pediátricas e neonatais

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 03.2	VDTE 01609		3 de 4

sonda traqueal, a mão não dominante pode utilizar luva de procedimento;

13. abrir o vácuo regulando a pressão em 50-95 mmHg para RN e Lactentes e 90-115 mmHg para crianças maiores, com a mão não dominante;
14. aumentar a FiO2 até dois dígitos por 3 minutos antes de desconectar o ventilador e realizar o procedimento. A hiperoxigenação, em algumas circunstâncias, pode ser altamente deletéria na faixa etária pediátrica principalmente nos RN prematuros. Cada caso deverá ser discutido pela equipe multidisciplinar. Não se realiza rotineiramente ventilação com pressão positiva através da unidade ventilatória em crianças devido ao risco de barotrauma;
15. após os 3 minutos, desconectar o ventilador com a mão não dominante ou solicitar ao segundo profissional que o faça;
16. colocar o circuito do ventilador em cima da compressa estéril sobre o tórax do paciente;
17. introduzir a sonda de aspiração suavemente no tubo traqueal ou cânula, sem aplicação do vácuo, até que se encontre resistência;
18. retroceder aproximadamente 0,5 cm para evitar risco de reflexo vagal;
19. aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
20. limitar o procedimento há 10 segundos no máximo, idealmente 5 segundos;
21. reconectar o ventilador e manter estrita observação do paciente durante todo o procedimento;
22. lavar a sonda de aspiração com o frasco-ampola de ABD estéril, tendo o cuidado de não contaminar a mesma nas bordas da ampola;
23. limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
24. instilar solução salina se houver secreção espessa, através da seringa de insulina ou seringa de 5/10cc sem agulha. Para RN: 50uE100, crianças maiores 100uE100 até 5ml. Existem controvérsias a respeito da instilação de SF ou ABD via traqueal, para fluidificação de secreções;
25. monitorizar pressão do cuff com monitor de pressão de cuff ou técnicas específicas;
26. aspirar NARIZ (1º) e BOCA (2º) após aspiração da traquéia, com a mesma sonda traqueal é permitido
    - 26.1 utilizar sondas de menor calibre para aspiração das narinas (alto risco de trauma e sangramento);
    - 26.2 calcular a distância do nariz ao lóbulo da orelha;
    - 26.3 introduzir delicadamente a sonda, na fase inspiratória preferencialmente;
    - 26.4 manter todos os cuidados descritos anteriormente para aspiração, das vias aéreas;
    - 26.5 manter o método de oferta de oxigênio em uso. Avaliar necessidade de aumentar o fluxo durante o procedimento;
    - 26.6 atentar para os RN em CPAP nasal que podem apresentar intercorrências com a suspensão da PEEP, durante a retirada das prongas para a aspiração das narinas;
    - 26.7 instilar 2 gotas de SF em cada narina dos RN ajuda a umidificar a mucosa nasal e fluidificar as secreções;
27. repetir o procedimento, se necessário, observando rigorosamente a criança;
28. aguardar 3 minutos e reduzir gradativamente a FiO2, até a FiO2 anterior;
29. lavar o intermediário com ABD;
30. fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
31. proteger a extremidade distal do intermediário de silicone com compressa estéril;
32. reavaliar o paciente;
33. deixar o paciente seguro, confortável e unidade em ordem;
34. retirar EPIs e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;

Título: Aspiração de vias aéreas pediátricas e neonatais

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 03.2	VDTE 01609		4 de 4

35. registrar no prontuário a data, hora, aspecto e quantidade das secreções, intercorrências se houve;
36. assinar e carimbar;
37. trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas;
38. desprezar secreções do frasco de vácuo quando as mesmas atingirem 2/3 do mesmo.

FIM

Título: Ventilação com Reanimador/Ressuscitador Manual Auto-Inflável (AMBU)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Em situação de emergência e urgência, em transporte de pacientes em ventilação mecânica e durante intubação de paciente.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico e Propedêutica e Terapêutica e Ambulância.

Condições necessárias:

01 fonte de oxigênio;
01 fluxômetro para oxigênio;
01 frasco umidificador;
01 reanimador manual (AMBU);
01 máscara para AMBU adequada para o paciente;
01 par de luvas de procedimento
01 óculos de proteção (opcional);
01 avental (opcional);
01 máscara cirúrgica (opcional);
material para aspiração.
01 intermediário de silicone estéril;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Fornecer oxigênio ao paciente com esforços respiratórios inadequados, sem risco para o mesmo.

Em caso de não conformidade:
Em caso de anormalidades do padrão respiratório, da freqüência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio, comunicar ao médico e ou enfermeiro. Em caso de defeito do AMBU, providenciar troca do mesmo. Em casos de impossibilidade de executar o procedimento, solicitar ajuda.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Stefânia Barros de Oliveira	Enfermeira		Junho 2008
Avaliado por	Caroliny Alves Pessoa Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Ventilação com Reanimador/Ressuscitador Manual Auto-Inflável (AMBU)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.1	VDTE 016009		1 de 3

Bibliografia consultada:

AEHLERT, Barbara. **ACLS, Advanced Cardiac Life Support.** 3ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2007.

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 2002. v.1.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. calçar luvas de procedimento e capote se necessário;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira, bancada ou carrinho de curativo;
8. conectar o fluxômetro à saída de oxigênio;
9. rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
10. montar o AMBU e certificar se o mesmo esta montado corretamente, conforme ITT correspondente;
11. conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra no AMBU;
12. posicionar-se na ponta da cabeça do paciente, o qual fica em posição supina (decúbito dorsal);
13. abrir as vias aéreas do paciente usando extensão da cabeça/tração mandíbula, ou, se houver suspeita de trauma cervical, fazer tração da mandíbula sem a extensão da cabeça;
14. aspirar ou limpar secreções ou vômito das vias aéreas do paciente, conforme ITT correspondente;
15. aplicar a porção estreita (ápice) da máscara sobre a ponte nasal do paciente e a porção larga (base) sobre o sulco entre o lábio inferior e o mento;
16. posicionar a máscara com o polegar e dedo indicador, fazendo um “C” e usar os demais dedos da mesma mão para manter a cabeça na posição adequada levantando a mandíbula ao longo de sua porção óssea. Os dedos restantes devem formar um “E”;
17. instituir fluxo de oxigênio a 15 l/min. no adulto e a 5 l/min. para pacientes neonatos e pediátricos;
18. ventilar o paciente adulto a cada 5 a 6 segundos (10 a 12 ventilações por minuto). Em caso de paciente neonatal ventilar 30 vezes por minuto e de pediátrico 20 vezes;
19. permitir uma expiração adequada após cada incursão;
20. deixar o paciente seguro e confortável e a unidade em ordem;
21. ao término do procedimento, retirar as luvas e outros EPI’s;

Título: Ventilação com Reanimador/Ressuscitador Manual Auto-Inflável (AMBU)

Data da emissão:	Número da	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	IT: OXI 04.1	VDTE 016009		1 de 3

22. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
23. registrar no prontuário a data, a hora do início e do término do procedimento, assim como todas as intercorrências e condutas tomadas;
24. assinar e carimbar.

FIM

Título: Cuidados com o paciente na intubação e manutenção da mesma

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Processo de intubação eletiva ou de urgência, imediatamente após e período de permanência.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulância.

Condições necessárias:

01 fonte de oxigênio;
01 fluxômetro;
01 frasco umidificador;
01 válvula de oxigênio;
02 intermediários de silicone estéreis;
01 reanimador manual (AMBU);
01 tubo endotraqueal de todos os tamanhos;
01 laringoscópio;
02 pilhas
01 condutor de tubo estéril;
medicações (Midazolam, Fentanil, Etomidato e Quelicin);
04 seringas;
04 agulhas;
01 par de luvas estéreis;
01 óculos de proteção;
01 máscara cirúrgica;
01 avental (opcional);
01 respirador montado e testado;
01 sonda de aspiração estéril;
01 aspirador portátil ou 01 vacuômetro;
01 ampola de ABD e 01 de SF 0,9%;
01 bandeja de aço inox;
01 par de luvas de procedimento;
05 unidades de gaze estéril;
01 seringa de 20ml;
30 cm de cordão de fixação;
01 estetoscópio;
01 manômetro;
01 carrinho de curativo;
01 pedaço de esparadrapo;
01 caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Stefânia Barros de Oliveira	Enfermeira		Junho 2008
Avaliado por	Caroliny Alves Pessoa Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira		Junho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Cuidados com o paciente na intubação e manutenção da mesma

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.2	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Garantir fornecimento de oxigênio adequado às necessidades do paciente, sem risco para o mesmo, além de visar à promoção do conforto e proteção durante a manutenção da intubação endotraqueal.

Em caso de não conformidade:
Observar padrão respiratório, freqüência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e/ou enfermeiro em caso de anormalidades; em caso de não funcionamento do laringoscópio ou outro equipamento providenciar troca e conserto do (s) mesmo (s).

Bibliografia consultada:
AEHLERT, Barbara. **ACLS, Advanced Cardiac Life Support.** 3ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2007.
BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 2002. v.1.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Decisão nº. 001/2006**. Atualiza e amplia as normas relativas à execução dos cuidados ou procedimentos de Enfermagem e os valores mínimos a serem cobrados pela prestação de serviços. http:// Portalcofen.com.br.Acessado em 17/03/08.
POTTER, A. P. PERRYM, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 5º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao acompanhante;
4. explicar o procedimento ao acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. calçar luvas de procedimento e capote se necessário;
7. separar e preparar os materiais;
8. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira, bancada ou carrinho de curativo;
9. conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio;
10. rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
11. conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra no AMBU;
12. abrir o fluxômetro e testar o AMBU;
13. paramentar-se com os EPI's e fornecê-los (incluindo luvas estéreis) ao médico responsável pela intubação;

Título: Cuidados com o paciente na intubação e manutenção da mesma

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.2	VDTE 016009		3 de 3

14. testar o balão do tubo endotraqueal com uma seringa de 20 ml com ar, de forma que este permaneça estéril;
15. testar o laringoscópio e entregá-lo ao médico;
16. preparar os medicamentos para sedação e analgesia do paciente e administrá-lo conforme solicitação médica;
17. auxiliar no posicionamento da cabeça do paciente podendo colocar um coxim sob o pescoço do mesmo;
18. auxiliar o médico na inserção do tubo endotraqueal;
19. verificar, durante o procedimento, os sinais vitais; se houver dessaturação, adaptar a máscara de AMBU ao mesmo e oxigenar o paciente se ainda não foi intubado;
20. aspirar as vias aéreas do paciente, se necessário, conforme ITT correspondente;
21. após verificação do posicionamento correto do tubo através da ausculta pulmonar do paciente pelo médico, marcar o tubo endotraqueal com um pedaço de esparadrapo e fixar o mesmo com cadarço próprio;
22. assegurar que a fixação do tubo seja trocada sempre que esta encontrar-se suja, frouxa ou apertada em demasia;
23. oxigenar o paciente utilizando o AMBU adaptado ao tubo endotraqueal ou conectar o circuito do respirador ao tubo, após respirador adaptado à válvula de oxigênio e ligado à rede elétrica;
24. elevar a cabeceira da cama do paciente a 30°;
25. deixar o paciente em posição segura e confortável;
26. retirar os EPI's e luvas;
27. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
28. registrar no prontuário e no impresso de "Controle de Procedimentos Invasivos" a data, a hora do início, do término e os parâmetros ventilatórios e suas alterações;
29. registrar o período de permanência do tubo e comunicar ao médico, se este for maior ou igual a três semanas, para tentativa de traqueostomia;
30. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza da cânula de traqueostomia

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.3	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição do enfermeiro e a cada 6 horas.

Onde:
Unidades de internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 pacote de cuba rim;
01 bandeja de inox;
01 par de luvas estéreis;
05 unidades de gaze estéril;
01 swab;
250 ml de solução fisiológica;
EPI (capote, máscara, gorro, óculos, capote e luvas de auto-proteção);
água oxigenada 10%;
01 pacote de cotonete estéril.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Manter a permeabilidade das vias aéreas. Prevenir a formação de rolhas ou tampão. Promover alívio respiratório.

Em caso de não conformidade:
Remoção acidental da cânula – chamar médico responsável em caráter de emergência.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Luciana Cerqueira Maria Bárbara Alves Santos Rosaura das Graças Silva Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Ana Cristina Roma Figueiredo Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Vera Lúcia de A. N. Lima Telma Miguel	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/ 2006 Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Maio/ 2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Limpeza da cânula de traqueostomia

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: OXI 04.3	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página: 2 de 3

Bibliografia consultada

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirurgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002 V1, 2, 3 E 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.

PUC Minas/ Educação continuada. Procedimentos Operacionais Padrão. BH. Agosto 2005

SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. A**tlas fotográfico de procedimento de enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

WHITE MARTINS. **Segurança em gazes medicinais para clientes**. 2ª ed. Rio de Janeiro: White Martins. 1998. 88 p.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar, preparar e levar o material para a unidade do paciente e colocar sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
6. abrir o pacote de cuba rim e colocar o soro fisiológico dentro da mesma;
7. abrir o pacote de gaze e o swab e colocar sobre o campo estéril;
8. colocar os EPI's – óculos, luvas de procedimento, gorro, máscara descartável e capote se necessário;
9. colocar o paciente em posição segura e confortável de preferência em posição fowler;
10. posicionar os encaixes da cânula (macho e fêmea), paralelamente liberando a trava (girar a trava na cânula interna em sentido anti-horário), com a conseqüente saída da parte interna da cânula (macho);
11. colocar o macho dentro da cuba rim com o soro fisiológico 0,9%;
12. remover as luvas de procedimento;
13. calçar a luva estéril e mantê-la estéril na mão não dominante para segurar a cânula interna;
14. proceder à limpeza do lúmem, introduzindo a gaze estéril embebida com soro fisiológico a 0,9% com o auxílio do swab. Em caso de cânulas pequenas (pediátricas), usar o cotonete estéril;
15. repetir até que a gaze saia limpa. Caso a solução fisiológica não seja suficiente para remoção das crostas, aplicar água oxigenada seguida de um enxágüe abundante com solução fisiológica;
16. fazer a limpeza da parte externa;
17. enxaguar com soro fisiológico e secar a cânula com gaze estéril;

Título: Limpeza da cânula de traqueostomia

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.3	VDTE 016009		3 de 3

18. se necessário, aspirar o paciente sem a cânula interna durante o procedimento conforme ITT correspondente;
19. re-introduzir o macho na cânula (girando a trava no sentido horário) certificando que o sistema está travado;
20. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
21. desprezar o material usado no expurgo;
22. retirar a luva e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
23. registrar no prontuário: a data, a hora, o aspecto e a consistência da secreção se houver;
24. assinar e carimbar.

FIM

Título: Troca de curativo de traqueostomia

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.4	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
01 Pacote de gaze estéril;
01 pacote de curativo;
01 frasco de solução fisiológica 0,9% de 250ml;
01 cadarço;
EPI (capote, máscara, gorro, óculos e luvas de auto-proteção).
01 pacote de compressa;
material para aspiração endotraqueal (vide ITT correspondente).

Descrição da instrução de trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Prevenir o aparecimento de infecção em pacientes com cânula de traqueostomia.
Manter a integridade cutânea – mucosa.

Em caso de não conformidade:
Remoção acidental da cânula – chamar o médico com emergência.

Bibliografia consultada: vide pág.: 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Sousa Luciana Cerqueira Maria Bárbara Alves Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Ana Cristina Roma Figueiredo Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Telma Miguel Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/ 2006 Agosto/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Maio/ 2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Troca de curativo de traqueostomia

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.4	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia consultada:

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002 V1, 2, 3 E 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Legislação Normas e Deliberação COREN-MG 35/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 nº1, agosto/2005.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.

PUCMinas/ Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005

SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Hospital das Clínicas.** Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. Regimento Interno. Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira e ou carrinho de curativo;
7. colocar o paciente em posição segura e confortável – em posição Fowler;
8. colocar EPIs;
9. proteger o tórax do paciente com a compressa;
10. verificar se o "cuff" está insuflado se a cânula for de plástico;
11. abrir o pacote de curativo;
12. calçar luvas de procedimento;
13. retirar o curativo sujo e desprezar a pinça usada;
14. limpar a região periostoma com solução fisiológica a 0,9%;
15. secar a área com gaze estéril;
16. colocar uma gaze dobrada de cada lado do traqueostoma sob a cânula externa;
17. firmando a cânula, cortar e retirar o cadarço;
18. colocar o cadarço limpo permitindo a passagem de um dedo entre o pescoço e o mesmo;
19. retirar a compressa do tórax do paciente;
20. deixar a Unidade em ordem e o paciente confortável;
21. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar no prontuário a data, a hora, o aspecto da pele periostoma e presença de secreção se houver;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Cuidados com o paciente em ventilação mecânica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.5	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Diariamente e sempre que necessário.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico e Hemodinâmica.

Condições necessárias:

01 válvula de oxigênio;
01 válvula de ar comprimido;
01 fluxômetro para oxigênio;
01 respirador montado e testado;
01 cama com manivela;
02 luvas de procedimentos;
02 luvas estéreis;
01 capote descartável (opcional);
01 máscara descartável;
01 óculos de proteção;
01 estetoscópio;
01 monitor cardíaco;
01 filtro Higrobac;
01 oxímetro;
01 vacuômetro e 01 vidro de aspiração ou um aspirador portátil;
01 sonda de aspiração;
02 intermediários de silicone;
02 ampolas SF 0,9% de 10 ml;
01 ABD de 500ml;
02 pacotes de gaze;
01 equipo de soro simples;
01 unidade ventilatória (AMBU);
01 cuffômetro;
medicação prescrita.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide pág.: 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Luciana Pereira Carvalho Raquel Corradi Magalhães	Enfermeira Enfermeira		Junho/2008
Avaliado por	Caroliny Alves Pessoa Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Cuidados com o paciente em ventilação mecânica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.5	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Proporcionar uma ventilação eficaz do paciente que permita um fornecimento adequado de oxigênio aos tecidos do organismo.

Em caso de não conformidade:
Em caso de impossibilidade de realizar os cuidados, comunicar ao enfermeiro e solicitar ajuda para dar continuidade à assistência de enfermagem.

Bibliografia consultada:
BRUNNER, L. S; et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 2 v.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
HUDAK, Carolyn M; GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1997. 1013p.
POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, 2 v.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar o material;
4. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante;
5. fornecer explicações para o paciente e ou acompanhante quanto à justificativa para o uso da ventilação mecânica; procedimentos como aspiração, cuidados com a via aérea, higienização pulmonar e quanto ao planejamento e evolução para o desmame e a extubação;
6. calçar luvas de procedimentos;
7. fazer a avaliação pulmonar: auscultar os sons pulmonares; verificar a condição e a permeabilidade das vias aéreas e tecidos adjacentes; observar o tipo e o tamanho do tubo e a movimentação do mesmo;
8. observar mudanças no estado respiratório, no nível de consciência e sinais de dor no paciente em ventilação artificial;
9. realizar os cuidados da via aérea
   9.1 aspiração de secreções diante da presença de roncos, tosse, secreção ou dessaturação de oxigênio, conforme ITT correspondente;
   9.2 limpeza das narinas com soro e gaze e redução de pressão nas mesmas, nos lábios ou no canto da boca;
   9.3 higienização oral a cada 4 horas, conforme ITT correspondente;
   9.4 fixação e estabilização do tubo ou da traqueostomia com cadarço próprio;
   9.5 realizar troca do cadarço sujo ou solto;
10. instruir o paciente a não morder ou mover o tubo, nem puxá-lo;

Título: Cuidados com o paciente em ventilação mecânica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 04.5	VDTE 016009		3 de 3

11. insuflar o balonete do tubo ou da traqueostomia usando pressões menores que 25 mm Hg por meio do manômetro;
12. monitorar a insuflação do balonete a cada plantão e, quando necessário, protegê-lo contra danos;
13. administrar broncodilatadores, mucolíticos, reposições eletrolíticas e sedação conforme prescrição médica;
14. solicitar fisioterapia respiratória quando indicada pelo exame clínico ou radiografia de tórax;
15. realizar mudança de decúbito, a cada 2 a 3 horas, conforme ITT correspondente;
16. monitorar a oximetria de pulso;
17. monitorar o eletrocardiograma (ECG) quanto a arritmias relacionadas com hipoxemia;
18. avaliar os efeitos das alterações nos parâmetros do ventilador sobre os parâmetros hemodinâmicos e de oxigenação do paciente;
19. monitorar o estado de hidratação em relação ao exame clínico, ausculta, quantidade e viscosidade das secreções pulmonares;
20. avaliar a posição do tubo orotraqueal na radiografia de tórax;
21. manter o equipamento de emergência da via aérea e a bolsa de reanimação manual (AMBU) e a máscara para ventilação de tamanho adequado ao paciente prontamente disponível e verificar o seu funcionamento a cada plantão;
22. realizar verificações periódicas dos parâmetros do ventilador e dos alarmes a cada 4 horas (mínimo);
23. evitar a tração e agitação do circuito do ventilador, do tubo orotraqueal e da traqueostomia;
24. desprezar os condensados acumulados nos copinhos do circuito do respirador;
25. trocar circuito do respirador a cada 7 dias e sempre que necessário; ou trocar filtro higrobac a cada 03 dias e sempre que saturado;
26. manter cabeceira elevada a 30° se não houver contra-indicação;
27. manter o aquecedor do respirador ligado e o umidificador do circuito com ABD no nível indicado;
28. comunicar intercorrências ao enfermeiro ou médico;
29. retirar luvas, capote, máscara e óculos, se utilizados, após realização de cuidados com o paciente;
30. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
31. registrar no prontuário do paciente a data, hora, os cuidados realizados, se houve intercorrências e a conduta tomada e checar as medicações administradas na prescrição médica;
32. assinar e carimbar.

FIM

Título: Troca de curativo do dreno de tórax

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 5.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 Bandeja de inox;
01 pacote de curativo;
02 luvas de procedimento;
02 ampolas de soro fisiológico 0,9%;
05 pacotes de gaze estéril
30 cm de esparadrapo;
rótulo de esparadrapo com nome, data e hora;
01 saco de lixo pequeno (para resíduos infectantes);
02 biombos.

Descrição da instrução de trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Manter a pressão negativa intrapleural;
Manter integridade cutâneo-mucosa peri-inserção;
Prevenção de infecções e oferecer conforto ao paciente.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: Vide pág.: 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Dionéia Paula Bodevan de Sousa Maria Bárbara Alves Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Sousa Vera Lúcia de Araújo N. Lima Telma Miguel	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Troca de curativo do dreno de tórax

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 5.1	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:

Se o dreno soltar, ocluir a inserção imediatamente e comunicar ao médico em caráter de emergência;

Se observado presença de enfisema subcutâneo ou sangramento, comunicar imediatamente ao médico-responsável.

Bibliografia consultada:

ARAÚJO, M. J. B. **Técnicas fundamentais de enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Bezerra de Araújo, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

KOCK, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem –** 14. ed. Curitiba: Florence, 1996.

PEREIRA, I. B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem**. 8 de Agosto em Revista, nº. 19, p. 18-20. Abril. 1998

POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – Hospital das Clínicas– D.E. **Procedimentos Especializados em Enfermagem.** São Paulo. Atheneu. 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007

VEIGA, D. A & CROSSETTI, M. G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem.** 7 ed. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzeto, 1996: p. 63-140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais;
6. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
7. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com o uso de biombos;
8. calçar as luvas de procedimento;
9. clampar o dreno;
10. colocar o paciente em posição segura e confortável, preferencialmente em decúbito lateral contrário ao dreno;
11. abrir o pacote de curativo, a gaze estéril e a ampola de soro fisiológico 0,9%;
12. retirar o curativo sujo;
13. observar o aspecto e a quantidade de qualquer drenagem se houver;
14. fazer a limpeza do local de implantação do dreno com soro fisiológico 0,9% e a gaze estéril;
15. fazer palpação ao redor do ponto de inserção do dreno para detectar presença de enfisema subcutâneo;
16. secar e cobrir o local com gaze estéril, manter curativo compressivo no local de implantação do dreno, manter curativo oclusivo após a retirada do dreno;

Título: Troca de curativo do dreno de tórax

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 5.1	VDTE 016009		3 de 3

17. fixar comprimindo a área com esparadrapo;
18. datar o curativo;
19. deixar o paciente em posição confortável e a unidade em ordem;
20. verificar sempre cuidados referentes ao sistema fechado de selo d'água (vide ITT correspondente);
21. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar no prontuário: a data, a hora, o aspecto e a quantidade de qualquer secreção, se houver e a solução utilizada para limpeza;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Troca do selo d' água do dreno de tórax

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 05.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
O volume drenado aproximar-se do limite máximo indicado no frasco coletor.
Houver obstrução do suspiro do sistema ou conforme prescrição Médica ou do Enfermeiro.

Onde:
Unidades de internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 frasco de água bidestilada ou soro fisiológico de 500 ml;
01 frasco de Água Bidestilada ou soro fisiológico de 250 ml;
06 amp de ABD ou Nacl 0,9% de 10 ml (para criança/neonato);
02 luvas de procedimento;
01 pinça para clampar;
01 compressa estéril;
01 cálice ou vidro graduado;
02 biombos (opcional);
02 tiras de esparadrapo;
01 caneta.
02 seringas de 20 ml para criança ou neonato;

Descrição da instrução de trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: Vide pág.: 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Dionéia Paula Bodevan de Sousa Maria Bárbara Alves Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Gislene Canazart Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Outubro/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Troca do selo d' água do dreno de tórax

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 05.2	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Controlar a permeabilidade e funcionamento do sistema de drenagem torácica;
Garantir a expansibilidade pulmonar;
Detectar sangramento e evitar acúmulo de líquido e ar na cavidade torácica por obstrução ou falha do sistema.

Em caso de não conformidade:
Se o dreno soltar, ocluir a inserção imediatamente e comunicar ao médico em caráter de emergência.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem** – 14. ed. Curitiba: Florence, 1996
PEREIRA, I. B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem.** 8 de Agosto em Revista, nº. 19, p. 18-20. Abril. 1998.
PDAMED- **Procedimentos de Enfermagem.** Drenotórax- Conteúdos em computadores de mão para a área médica. Disponível em: http://www.pdamed.com.br/proenf/pdamed_0005_0020.php.
POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS Hospital das Clínicas – **D.E. Procedimentos Especializados em Enfermagem**. São Paulo. Atheneu. 2000
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
VEIGA, D. A & CROSSETTI, M. G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem.** 7 ed. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzeto, 1996: p. 63-140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
3. separar, preparar, levar os materiais para a unidade do paciente e colocá-los sobre mesa de cabeceira ou no carrinho de curativo;
4. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com o uso de biombos;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e calçar as luvas de procedimentos;
6. fazer ordenha, em caso de secreção espessa ou presença de coágulos, conforme ITT correspondente;
7. realizar a troca
   7.1 em adultos
      7.1.1 pinçar a extensão do dreno e clampar o intermediário do frasco coletor;
      7.1.2 abrir o frasco coletor e envolver a tampa do mesmo com compressa estéril;
      7.1.3 despregar o volume drenado em um recipiente graduado e medir o volume drenado;

Título: Troca do selo d' água do dreno de tórax

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 05.2	VDTE 016009		3 de 3

7.1.4 observar características da secreção e desprezá-la no vaso;
7.1.5 lavar o frasco utilizando água bidestilada estéril;
7.1.6 colocar água bidestilada ou soro fisiológico no frasco e identificar o volume. Para frasco de 02 litros, recomenda-se 500 ml e para frasco de 1 litro, recomenda-se 250 ml;
7.1.7 reconectar a tampa do frasco coletor;
7.1.8 conferir a vedação da tampa e abrir a pinça e o clamp;

7.2 em crianças e neonatos
7.2.1 clampar a parte superior do equipo de microfix;
7.2.2 conectar uma seringa de 20ml no three way adaptado à parte inferior do sistema;
7.2.3 aspirar o volume total contido na bureta, mensurar o volume drenado e observar as características;
7.2.4 lavar a bureta com 20 a 40 ml de ABD ou Nacl 0,9%
7.2.5 com a outra seringa estéril, colocar 20 ml de ABD ou Nacl 0, 9% dentro da bureta para formar o selo d'água, observando que o tubo de dreno fique imerso cerca de 2 cm no líquido;
7.2.6 conferir todo o sistema e desclampar o equipo;

8. observar a oscilação da coluna d'água, de acordo com a respiração, e manter o frasco coletor do dreno de tórax mais baixo que o tórax do paciente;
9. afixar a 1ª tira de esparadrapo, verticalmente no frasco, ao lado da escala graduada do mesmo;
10. confirmar o funcionamento do sistema através da constante oscilação da coluna e do borbulhamento no frasco;
11. anotar em outra tira de esparadrapo o volume de líquido colocado no frasco, a data, a hora, o nome do profissional que executou o procedimento e afixá-la horizontalmente na parte externa do frasco coletor;
12. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
13. desprezar o material usado no expurgo, retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. anotar o volume drenado no impresso de balanço hídrico se houver;
15. registrar no prontuário data, hora, o volume, o aspecto e consistência do líquido drenado;
16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza e desinfecção do laringoscópio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.1	VDTE 016009	1ª em 07/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Imediatamente após utilização.

Onde:
Na sala de limpeza de material.

Condições necessárias:

1 almotolia com sabão líquido;
1 almotolia com Álcool a 70%;
4 luvas de procedimento;
1 capote impermeável e 1 óculos;
3 pedaços de tecido limpo (trapos);
1 esponja não abrasiva;
1 papel filme transparente ou saco plástico de primeiro uso;
01 ou 02 pacote (s) de gaze estéril;
01 laringoscópio usado;
01 vasilhame com solução de detergente enzimático diluído;
01 escova de lavar material;
01 livro de relatório;
01 etiqueta de identificação e 1 caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:
em fevereiro/2010, por solicitação de uma Coordenadora de enfermagem, foi iniciada a revisão desta ITT culminando com alteração dos itens: condições necessárias, itens 9, 12 e 14 da descrição da instrução de trabalho. Na mesma também foi acrescentado o item 22.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Márcia Alves S. Pereira Márcia Marques Rosângela Oliveira Santos Raquel Corradi Magalhães	Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Setembro/2007
Avaliado por	Anna Alessandra M.de Meira Caroliny Alves Pessoa Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Glauciane Fonseca Procópio Maria Tereza F. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por	Cláudia Melo Franco Gláucia Helena Martinho	Enf. Coord. Comissão ITT Enf. CCIH		Julho/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Limpeza e desinfecção do laringoscópio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.1	VDTE 016009	1ª em 07/2010	2 de 3

Resultado esperado:
Proceder à limpeza e desinfecção do laringoscópio, após sua utilização, mantendo-o sempre em condições de uso imediato.

Em caso de não conformidade:
Na impossibilidade de realizar tal procedimento, comunicar o enfermeiro.

Bibliografia consultada:
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS ABNT. (Brasil) **NB 26: Sinalização de Segurança** [S.1.]
BRASIL. **Lei nº. 8078,** de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.128, n.176, supl., p. 1,12 set. 1990.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 272,** de 8 de abril de 1998.
Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Resolução nº. 328**, de 22 de julho de 1999.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. separar o material;
3. colocar capote impermeável e os óculos de proteção;
4. calçar as luvas de procedimento;
5. desmontar o laringoscópio, retirando as lâminas, lâmpada e as duas pilhas do interior de seu cabo;
6. molhar a esponja com água e sabão e lavar a(s) lâmina(s), usar a escova se necessário;
7. enxaguar com água corrente, escorrer e colocar na solução enzimática pelo tempo recomendado pelo fabricante;
8. umedecer um trapo com água e sabão e limpar externamente o cabo do laringoscópio;
9. umedecer outro trapo com água para retirar o sabão do cabo, certificar a limpeza e secar com outro trapo seco;
10. retirar a lâmina da solução após o tempo recomendado, enxaguar novamente em água corrente, certificar a limpeza, deixar escorrer sobre um tecido limpo e secar;
11. trocar as luvas de procedimento;
12. friccionar álcool a 70 %, 3 vezes em toda a extensão da lâmina e, em todo o equipamento, inclusive nas pilhas;
13. montar e testar o laringoscópio, em caso de mau funcionamento trocar as pilhas, lâmpadas ou mesmo o cabo e testar novamente. Comunicar com o enfermeiro;
14. retirar as pilhas, envolver toda a lâmina com gaze estéril e envolvê-las juntamente com o cabo

Título: Limpeza e desinfecção do laringoscópio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.1	VDTE 016009	1ª em 07/2010	3 de 3

em filme transparente ou colocar no saco plástico de primeiro uso;

15. colocar a etiqueta com data, hora e nome de quem fez a desinfecção.
16. entregar o material para o enfermeiro ou repor no carrinho de emergência no local designado. No caso do CTI adulto, tem também a Caixa de Intubação;
17. deixar o setor limpo e organizado;
18. retirar luvas de procedimento e EPI's;
19. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
20. registrar no livro de relatórios a atividade realizada com data e hora;
21. assinar e carimbar;
22. caso o mesmo não seja utilizado no prazo máximo de 30 dias, deverão ser repetidos novamente os passos 12 a 21 da descrição da instrução de trabalho.

FIM

Título: Teste do laringoscópio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.2	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem sob delegação do enfermeiro

Quando:
Diariamente, durante a reposição da caixa de entubação e durante a conferência do carrinho de emergência.

Onde:
Unidades de Internação, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Pronto atendimento, Setores de Diagnostico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

1 cabo de laringoscópio;
2 pilhas médias ou pequenas;
todas as lâminas de laringoscópio;
2 luvas de procedimentos;
1 compressa limpa;
1 caixa de plástico ou inox;
1 lacre numerado e um cortoplast ou 01 rolo de fita crepe;
1 impresso específico (APÊNDICE D)
1 caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Assegurar que o laringoscópio esteja funcionando adequadamente, permitindo uma visualização satisfatória da laringe, para uma entubação eletiva, de urgência ou laringoscopia.

Em caso de não conformidade:
Proceder à substituição de pilhas e lâmpadas de imediato. Em caso de outro defeito, encaminhar o equipamento para a coordenação administrativa de modo que esta tome providências junto ao Serviço de Ótica Hospitalar para conserto. Comunicar ao plantão seguinte, tanto verbalmente quanto através de registro no "Livro de Relatório" ou ocorrências, a impossibilidade de executar o teste em determinada caixa de intubação.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Raquel Corradi Magalhães	Enfermeira		Setembro/2007
Avaliado por	Elaine Araújo da Silva Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2007 Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Teste do laringoscópio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.2	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia consultada:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 26: sinalização de segurança** [S.1.]: ABNT.

BRASIL. **Lei nº8078,** de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.128, n.176, supl., p. 1,12 set. 1990.

COFEN. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar a caixa que será aberta para o teste do laringoscópio;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. calçar luvas de procedimento;
4. colocar as pilhas médias ou pequenas no interior do cabo do laringoscópio, certificando a posição dos pólos positivo e negativo;
5. fechar a extremidade distal do cabo do laringoscópio após a colocação das pilhas;
6. testar separadamente cada lâmina conectando-a ao laringoscópio e deixando-a “aberta”. Caso alguma não se adaptar, trocá-la;
7. observar a intensidade da luz emitida pela lâmpada da lâmina;
8. separar a lâmina que estiver com a emissão de luz fraca;
9. verificar a conexão da lâmpada da lâmina e trocá-la se necessário; ou trocar as pilhas e observar se houve emissão de luz ou melhora da intensidade da mesma;
10. repor na caixa, envoltos por uma compressa limpa, o laringoscópio e suas lâminas desmontadas e com as pilhas fora do cabo após o teste estar sem problemas;
11. fechar a caixa e lacrar com a fita crepe. No CTI A fechar com lacres numerados, prendendo um cortoplast junto a um dos lacres;
12. recolocar a caixa em seu local específico: CTI A - uma em cada enfermaria e uma em cada carrinho de emergência. Nas demais unidades deixar sobre o carrinho de emergência;
13. retirar luvas de procedimento;
14. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
15. registrar no APÊNDICE D (vide ITT REG 07.2);
16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza de material respiratório (crítico): AMBU, válvula, máscaras, micro e macronebulizador, umidificador, cânula de Guedel, extensor/intermediários/conexões e circuito de respirador.

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.3	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Imediatamente após o uso pelo paciente.

Onde:
Na área limpa do expurgo.

Condições necessárias:
01 esponja de espuma não abrasiva; pronta para uso;
01 impresso ou livro próprio de registro;
01 almotolia com sabão líquido;
01 recipiente com solução enzimática
04 luvas de procedimento;
01 campo limpo e seco;
01 fonte de ar comprimido;
água corrente;
EPI's (máscara facial, luvas de cano longo, óculos de proteção, gorro e avental impermeável);
01 tecido não estéril (trapo).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Material limpo, seco, funcionante, conferido, identificado, preparado, protocolado e encaminhados à CME.

Em caso de não conformidade:
Em caso de equipamento danificado, comunicar ao enfermeiro e solicitar substituição;
Em caso de sujidade, repetir o procedimento de limpeza; Em caso de equipamento incompleto, solicitar a substituição da peça ausente ou identificar na embalagem a ausência da mesma desde que não seja essencial.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Márcia Alves Sarmento Pereira Márcia Marques Rosângela Oliveira Santos	Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Julho/2006 Maio/2008 Julho/2008 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Limpeza de material respiratório (crítico): AMBU, válvula, máscaras, micro e macronebulizador, umidificador, cânula de Guedel, extensor/intermediários/conexões e circuito de respirador.

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.3	VDTE 016009		1 de 2

Bibliografia consultada:

ALEXANDRE, N. M. C. **Procedimentos básicos de enfermagem.** São Paulo: Atheneu. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar.** Epidemiologia. Prevenção. Controle. Editora Medsi Rio de Janeiro 2001. 2º edição.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. separar e preparar o material;
3. paramentar com EPI's (máscara facial, luvas de procedimento, luvas de cano longo, óculos de proteção, gorro e avental impermeável);
4. desmontar os materiais, lavar com água e sabão líquido friccionando com a esponja de espuma não abrasiva;
5. enxaguar abundantemente com água corrente;
6. deixar escorrer o excesso de água sobre o campo limpo e seco;
7. colocar imerso na solução enzimática (orientação da CME) conforme ITT correspondente;
8. enxaguar abundantemente com água corrente;
9. deixar escorrer novamente o excesso de água sobre outro campo limpo e seco;
10. secar com tecido limpo;
11. retirar as luvas de cano longo e de procedimento e higienizar as mãos;
12. calçar luvas de procedimento;
13. secar todo o material utilizando ar comprimido canalizado, para aqueles materiais com lúmen;
14. conferir o material quanto à limpeza, integridade, funcionalidade e quantidade;
15. retirar EPI's e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
16. deixar o setor limpo e organizado;
17. registrar em livro ou impresso próprio;
18. assinar e carimbar;
19. protocolar o material em caderno próprio e encaminhá-lo para esterilizar.

FIM

Título: Montagem e teste do AMBU

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.4	VDTE 016009	1ª em 01/2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Na montagem do Box/leito, nas urgências e emergências e ao repor carrinho de emergência.

Onde:
Em uma área limpa, sala de utilidades, de curativo ou onde se guarda o carrinho de emergência.

Condições necessárias:
01 balcão/mesa limpo e desinfetado;
02 luvas de procedimento;
01 saco plástico limpo (primeiro uso);
01 extensor de silicone para oxigênio esterilizado;
01 umidificador;
01 fluxômetro;
01 máscara cirúrgica;
Fonte de oxigênio;
01 unidade ventilatória esterilizado, conforme tamanho/idade do paciente;
01 máscara de silicone compatível com a unidade ventilatória e com o tamanho/idade do paciente;
01 rótulo;
01caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado:
Reanimador/Ressuscitador desinfetado, montado, testado e adequado para o tamanho/idade do paciente e pronto para ser utilizado.

Em caso de não conformidade:
Se reservatório furado ou peças danificadas, providenciar troca solicitando ao almoxarifado a reposição do material;

Bibliografia consultada: continua na página 2/4

Histórico da revisão:
Em Janeiro/2010 foram modificados os itens: Local, Condições necessárias e Descrição da Instrução de trabalho nos itens 2, 6 e 14.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Agosto/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Monalisa Maria Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Ttitular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por	Claudia M. M. F. Silva Glaucia Helena Martinho	Enfª. Coord. comissão ITT Enfª. CCIH		Janeiro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Montagem e teste do AMBU

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.4	VDTE 016009	1ª em 01/2010	2 de 4

Bibliografia consultada:

BRASIL, MS. **Portaria GM/MS n°. 3432** de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. DOU n°. 154

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

J.G. **Morujo Ind. E Com de Equipamentos Médico-hospitalares.**

LAERDAL, **Vitalograph and AMBU adult manual resuscitators.** Respir Care 1983; 28(9)

SAUP – **Manual para Provedores** – AHA – 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. separar o material, calçar luvas de procedimento e colocar a máscara cirúrgica;
3. conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio sob o risco de explosão;
4. rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
5. abrir o pacote com o intermediário de silicone;
6. abrir o pacote com o reanimador/ressuscitador e montá-lo (ver FIG.4);
7. conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra na válvula de entrada de ar;
8. segurar o balão auto-inflável ou bolsa e conectar uma peça reta (válvula do reservatório de oxigênio) à válvula de entrada de ar com conexão para entrada de oxigênio, na qual se adapta o extensor de silicone;
9. à válvula do reservatório de oxigênio adaptar a bolsa reservatório de oxigênio;
10. na extremidade oposta ao balão auto-inflável, conectar a válvula completa do paciente (a válvula de regulagem de pressão deve estar presente, assim como a membrana “bico de pato”);
11. para testar o funcionamento do AMBU, ligar o oxigênio e verificar se a bolsa reservatório se insuflará, considerando para o reanimador adulto: 10 a 15litros de O2, o médio: 8 a 10litros de O2 e o neonatal 5 a 8 litros de O2;
12. Pressionar o balão auto-inflável e observar se a membrana bico de pato se abrirá e fechará, e se sairá oxigênio pela válvula do paciente
    12.1 se sair correto, fechar o O2, retirar o intermediário do umidificador e enrolá-lo;
    12.2 se não, refazer a montagem atentando para qualquer defeito nas peças e trocá-la;
13. após o teste positivo, deixar o reanimador montado dentro de um saco plástico limpo e fechado. Deixar uma máscara compatível com o tamanho do mesmo junto a ele;
14. o responsável pela montagem e teste do equipamento deve escrever nome e data no rótulo e colá-lo ao reanimador. Deverá ser observado um prazo máximo de 30 dias para envio do mesmo para nova esterilização, caso não seja utilizado;

Título: Montagem e teste do AMBU

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.4	VDTE 016009	1ª em 01/2010	3 de 4

15. deixar o local limpo e organizado;
16. retirar as luvas e higienizar as mãos;
17. registrar no livro de relatório o procedimento, intercorrência e conduta, se houver.

Adendo:

Os reanimadores manuais utilizados na faixa etária pediátrica podem ser de 3 tamanhos conforme o peso:

- adulto: em pacientes acima de 30 kg;
- infantil: (médio) pacientes entre RN a termo até 30 kg;
- as bolsas/reanimadores para ventilação neonatal (250 ml), podem ser inadequadas para manter um volume corrente efetivo e o tempo inspiratório mais longo requerido por neonatos a termo e lactentes. Os reanimadores manuais usados para ventilação de RN a termo, lactente e criança devem ter um volume mínimo de 450 a 500 ml, o que corresponde ao tamanho médio. Para os RN pré-termo o reanimador pequeno (250 ml), esta indicado.

FIM

Título: Montagem e teste do AMBU

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.4	VDTE 016009	1ª em 01/2010	4 de 4

A válvula do reservatório de oxigênio não está presente na figura. Ela deve ficar entre a válvula de entrada de oxigênio e a bolsa reservatório.

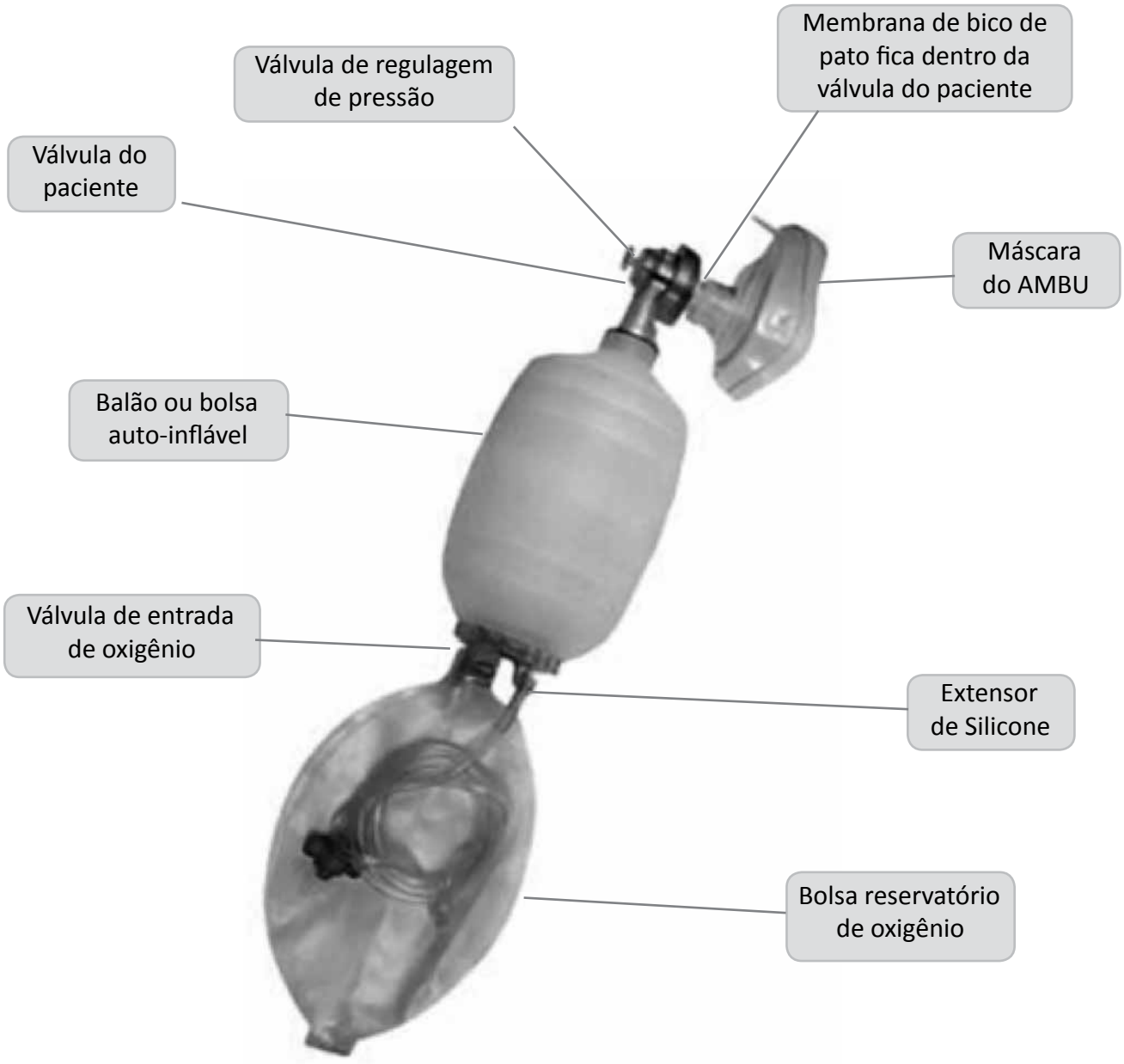

Membrana de bico de pato fica dentro da válvula do paciente
Válvula de regulagem de pressão
Válvula do paciente
Máscara do AMBU
Balão ou bolsa auto-inflável
Válvula de entrada de oxigênio
Extensor de Silicone
Bolsa reservatório de oxigênio

FIGURA 4 - Reanimador Manual de Silicone RWR Adulto "AMBU"
Fonte:
http://loja.dormed.com.br/product_info.php?cPath=239_653&products_id=990&osCsid=t483b04567a668

Título: Limpeza de material de aspiração (semi crítico): ex: frasco de aspirador, intermediários, válvulas.

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.5	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Após uso pelo paciente, após realização de procedimentos.

Onde:
Na sala do expurgo.

Condições necessárias:

Água corrente;
01 escova com haste longa de cerdas macias;
01 esponja de espuma não abrasiva;
01 almotolia com sabão líquido;
01 papel para etiqueta (rótulo);
03 pedaços de pano limpo (trapo).
01 impresso próprio;
EPI's (máscara, óculos protetor, avental semi-permeável com manga longa e luvas nitrílicas de cano longo);
01 campo limpo e seco.
10 cm de fita adesiva;
01 recipiente com solução enzimática pronta para uso;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado Esperado:
Materiais limpos, secos, funcionantes, datados e identificados pelo responsável pelo procedimento.

Em caso de não conformidade:
Em caso do material apresentar sujidade, repetir o procedimento até que fique completamente limpo. Em caso de perfurações ou quebra, comunicar ao enfermeiro e solicitar a substituição.

Bibliografia consultada: Vide página 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Carolina Duarte Márcia Alves Sarmento Pereira Márcia Marques Rosângela Oliveira Santos	Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes Sousa Anna Alessandra M. de Meira Claudia Melo Franco Maria Tereza F. Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Abril/2008 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Limpeza de material de aspiração (semi crítico): ex: frasco de aspirador, intermediários, válvulas.

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.5	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia Consultada:

ALEXANDRE, N. M. C. **Procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: Atheneu. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH. **Manual de infecção hospitalar.** Epidemiologia. Prevenção. Controle. 2ª ed. Medsi. Rio de Janeiro, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. separar e preparar o material;
3. paramentar com os EPIs;
4. reunir todo material a ser limpo;
5. fazer a pré-lavagem do frasco de aspirador (móvel, de parede e silicones) quando houver resíduos ou secreções nos mesmos;
6. lavar com água e sabão friccionando com espoja e/ou escova apropriadas para orifícios;
7. enxaguar abundantemente com água corrente;
8. deixar escorrer o excesso de água sobre o campo limpo e seco;
9. colocar imerso na solução enzimática conforme ITT correspondente;
10. enxaguar abundantemente com água corrente;
11. deixar escorrer novamente o excesso de água sobre outro campo limpo e seco;
12. secar com tecido limpo (trapo);
13. colocar o frasco do aspirador de parede na estufa conforme ITT correspondente;
14. devolver o frasco do aspirador móvel, após limpo e seco, para o equipamento e colocar uma etiqueta com data, hora e identificação de quem realizou a desinfecção;
15. datar e identificar, no rótulo, o responsável pelo procedimento nos demais materiais;
16. retirar os EPIs e proceder a limpeza dos mesmo conforme ITT correspondente;
17. deixar o setor limpo e organizado;
18. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
19. registrar em livro próprio ou impresso próprio a data, hora;
20. assinar e carimbar.

FIM

Título: Montagem e teste do ventilador mecânico

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.6	VDTE 016009		1 de 5

Quem:
Enfermeiro e Técnico de enfermagem, sob delegação do Enfermeiro.

Quando:
Na montagem do Box/leito no CTI e na intubação do paciente nos demais setores.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo e Centro Cirúrgico.

Condições necessárias:
1 ventilador mecânico limpo e desinfetado;
1 válvula redutora de oxigênio e 1 válvula redutora de ar comprimido limpas e desinfetado;
2 filtros (1 inspiratório e 1 expiratório);
1 baraka ou balão teste esterilizados;
1 traquéia esterilizada;
1 par de luva estéril e 1 máscara descartável;
1 etiqueta para identificação;
1 carrinho de curativo limpo e desinfetado;
1 caneta;
1 kit circuito de respirador esterilizado (1 "Y", 1 tubo corrugado grande, 2 corrugados médios, 1 corrugado pequeno reto, 1 corrugado pequeno com uma das extremidades em "J", 1 corrugado médio com uma das extremidades em "J", 2 copinhos condensadores, 1 copo maior condensador, 1 umidificador/aquecedor, 1 conexão de borracha reta, 1 conexão de borracha em "T", 2 conexões de PVC retas);

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/5, 3/5 e 4/5.

Resultado Esperado:
Ventilador montado e testado para pronta utilização.

Em caso de não conformidade:
Em caso de fuga de ar, conferir se as conexões estão bem adaptadas e se não há rachaduras nas peças do circuito (providenciar troca se positivo). Em caso de alarmes, verificar se as válvulas de oxigênio e ar comprimido estão abertas e bem adaptadas, se o respirador está ligado à rede elétrica; se persistir, providenciar troca do respirador e solicitar conserto. Nos respiradores Inter 5 e Inter 3, verificar antes de cada uso a integridade das membranas posicionadas lateralmente ao ventilador (ramos ex e inspiratório).

Bibliografia consultada: vide página 2/5.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene C. de Oliveira	Enfermeira		Agosto/2008
Avaliado por	Antonieta L. de Souza Cláudia Melo Franco Monalisa Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Montagem e teste do ventilador mecânico

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.6	VDTE 016009		2 de 5

Bibliografia consultada:

BRASIL, MS. **Portaria GM/MS n°. 3432** de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. DOU n°. 154

CALDERÓN ROMERO, Jorge. **Confiabilidade metrológica de ventiladores pulmonares.** Rio de Janeiro: dissertação (mestrado) PUC, 2006. Disponível em: http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/. Acesso em: agosto 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o ventilador disponível: BENNET 7200, BENNET 760, INTER 3 ou INTER 5;
2. certificar se o ventilador está limpo e desinfetado;
3. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
4. separar e preparar o material em um carrinho de curativo ou sobre a cama onde será admitido o paciente (abrir o Kit do circuito, a baraka e os filtros);
5. colocar o ventilador ao lado da cama e ligá-lo à rede elétrica conforme orientação do fabricante;
6. adaptar as mangueiras de oxigênio e ar comprimido às válvulas correspondentes presentes na parede atrás do leito e abri-las na marca indicada. O ventilador Bennet 760 é conectado somente ao oxigênio;
7. colocar máscara descartável e calçar as luvas estéreis;
8. realizar a montagem do circuito atentando para os diferentes tipos de filtros;
9. no ventilador Bennet 7200 (FIG. 5): os filtros inspiratórios e expiratórios são iguais (nas extremidades há uma ondulação);
10. no ventilador Bennet 760: os filtros supracitados são diferentes – o inspiratório é pequeno da cor azul e o expiratório se parece com o do ventilador Bennet 7200, mas, não há ondulação nas extremidades do mesmo.
11. "no ventilador Inter 3 ou 5: não há filtros e o kit do circuito é composto por quatro tubos corrugados do mesmo tamanho, dois copinhos para drenagem de líquidos condensados no circuito, um "Y (no Inter 5), um" T" (no Inter 3) com 2 entradas: 1 para a o ramo de pressão e a outra para o termômetro. O circuito compreende um ramo inspiratório, um ramo expiratório e uma linha de pressão. Faz parte do circuito dos respiradores Inter 5 e Inter 3, o termoumidificador (FIG.6);
12. montagem da parte inspiratória do circuito
    12.1 conectar um tubo corrugado médio em um lado do "Y";
    12.2 conectar outro corrugado médio por meio de uma conexão reta; este tubo médio se liga ao corrugado médio com uma extremidade em "J" através de um copinho condensador. A extremidade em "J" é adaptada ao umidificador/aquecedor encaixado no respirador em local específico;
    12.3 neste umidificador deve sair um tubo corrugado pequeno com uma das extremidades em

"J", o qual se adapta a um filtro encaixado na região superior do respirador por meio de uma conexão reta de borracha;

13. montagem da parte expiratória do circuito;
    13.1 conectar 1 tubo corrugado grande no outro lado do "Y";
    13.2 conectar ao corrugado grande um corrugado pequeno reto por meio de um copinho condensador;
    13.3 o tubo pequeno é adaptado a uma conexão reta e esta é encaixada na conexão em "T" de borracha;
    13.4 nesta conexão de borracha se adapta ao copo condensador maior em uma das extremidades; a outra extremidade da conexão de borracha é adaptada ao outro filtro previamente colocado em suporte especifico, o qual é encaixado na abertura inferior do ventilador;
14. proteger o "Y", na parte que se encaixa ao tubo endotraqueal ou traqueostomia do paciente, com a baraka, a qual também servirá para o teste;
15. testar o Ventilador
    15.1 BENNET 7200
        15.1.1 ligar pressionando o botão lateral do ventilador; ao lado deve-se pressionar o botão nomeado de ATG e confirmar pressionando a tecla ENTRAR no painel do ventilador para iniciar o teste; no visor aparecerá a solicitação do próximo passo a seguir;
        15.1.2 ao final do teste, surgirá a frase ATG VÁLIDO;
        15.1.3 determinar parâmetros de ventilação (CMV, FiO¬¬2 100%, FR 14rpm, PEEP 5,0 cm/H2O - pressionar ENTRAR após cada escolha) e o ventilador estará pronto para uso;
    15.2 BENNET 760:
        15.2.1 ligar o ventilador deslocando o botão atrás do mesmo;
        15.2.2 determinar parâmetros de ventilação (A/C, FiO2 100%, FR 14rpm, PEEP 5,0 cm H2Opressionar ACCET após marcar todas as opções que piscam no painel);
        15.2.3 no visor, deverá aparecer a FiO2 acima de 90%;
    15.3 INTER 5 e INTER 3:
        15.3.1 ligar o ventilador deslocando o botão atrás do mesmo (inter 5) e no painel frontal (inter 3);
        15.3.2 determinar parâmetros de ventilação (FiO2 100%, FR 14rpm, PEEP 5 cm H2o; fluxo: 8LPM
        15.3.3 observar ciclagem do mesmo (O Inter 3 è um ventilador ciclado a fluxo e pressão). (O Inter 5 é além destes modos, ciclado também a volume);
    15.4 teste umidificador
        15.4.1 verificar montagem e conexão do umidificador ao circuito do paciente;
        15.4.2 ligá-lo a rede elétrica com sistema de aterramento e voltagem adequada;
        15.4.3 verificar a conexão do sensor de temperatura no umidificador e no ramo inspiratório do circuito, onde será monitorada a temperatura do gás inspirado pelo paciente. A conexão do sensor de temperatura localiza-se no painel lateral direito do ventilador;
        15.4.4 preencher a jarra de umidificação até o nível indicado com água destilada;
        15.4.5 antes de ligar o umidificador, ligue o ventilador ou a fonte de fluxo de gás para evitar o aquecimento excessivo da água no interior da jarra de umidificação;
        15.4.6 no painel frontal do ventilador encontra-se o display que indica a temperatura do gás inspirado pelo paciente (em c°), monitorado pelo sensor de temperatura, po-

Título: Montagem e teste do ventilador mecânico

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.6	VDTE 016009		4 de 5

sicionado na via inspiratória do circuito. Se o sensor de temperatura não estiver conectado, o display de temperatura indicará dois traços;

15.4.7 o botão de controle de temperatura encontra-se ao lado do display e permite o ajuste da temperatura da base de aquecimento do umidificador. À medida que a base aquece a temperatura no interior da jarra aumenta, permitindo a umidificação e o aquecimento do gás inspirado. A escala é graduada de 1 a 10, correspondendo à mínima e à máxima temperatura da base de aquecimento. A temperatura efetiva do gás inspirado indicada no display lateral dependerá da temperatura da base, do fluxo de gás e da temperatura ambiente. Em condições estáticas, ou seja, sem passagem de fluxo de gás, a temperatura estimada da água no interior da jarra de umidificação, após 20 minutos de aquecimento é: 1-mínimo-30º 5- médio-45° 10-máximo-75º. O ajuste da temperatura deve considerar estas orientações do fabricante. Ref. Manual de operação Intermed

16. retirar a baraka, conectar ao tubo ou traqueostomia ou desligar o ventilador e aguardar o paciente;
17. identificar que o ventilador passou no teste, colocando data, a assinatura e carimbo do responsável pela montagem e pelo teste do mesmo.
18. em caso de uso imediato observar alguns ciclos certificando do funcionamento;
19. deixar o local limpo e em ordem;
20. retirar as luvas e a máscara e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. aguardar a chegada do paciente.

FIGURA 5 – ventilador mecânico Bennett 7200

Título: Montagem e teste do ventilador mecânico

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	OXI 06.6	VDTE 016009		5 de 5

FIGURA 6 - VENTILADOR INTERMED

FIGURA 7 – Circuito para Respiradores Universal
www.formedsline.com.br

FIM

Instrução de Trabalho Técnico

CLASSE
02
HIN

Necessidade humana básica - Hidratação e Nutrição

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

GESQUALIS
GESTÃO PELA QUALIDADE EM SAÚDE

Título: Administração de dietas e/ou líquidos por via oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	HIN 01.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
No desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, conforme prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
01 colher ou 01 copo de 50 ml ou 01 mamadeira ou 01 seringa de 20 ml;
água filtrada, leite e/ou chá e/ou suco;
dieta prescrita;
talheres;
02 folhas de papel toalha;
01 guardanapo descartável.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Fornecer ao paciente aporte nutricional e hidratação de maneira segura.

Em caso de não conformidade:
Em casos de inapetência, vômito, engasgo, dificuldade de deglutição, comunicar ao enfermeiro e médico responsável.
Em caso de recusa do alimento, orientar o paciente sobre a importância e valor de sua dieta. Permanecendo a recusa, comunicar ao enfermeiro para condutas junto ao serviço de nutrição.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Henrique O. G. Torres Clara Marize Carlos Vanessa R. Silva Cláudia Melo Franco	Médico - CSN HC Enfermeira - CSN HC Nutricionista - CSN HC Enfermeira - CITT		Julho/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de dietas e/ou líquidos por via oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página:
04/2009	HIN 01.1	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **UF Serviço de Nutrição e Dietética**. Belo Horizonte, 2005

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica nos horários estabelecidos, ou seja: Desjejum (8h), almoço (11 - 12h), lanche da tarde (14 - 15h), jantar (17 – 18h), ceia (21h) e dietas especiais no horário pós-ceia. Para RN e neonato, dieta de 3/3horas;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002. Separar e preparar os materiais;
5. verificar o tipo e o volume da dieta conforme prescrição médica (normal; hipossódica; branda, pastosa; líquida completa; líquida restrita; dieta para hepatopata; insuficiência renal (tratamento conservador ou diálise); diabetes; disfágico; vegetariana; dietas específicas para prova (dosagem de V. M. A.) e outras);
6. colocar o paciente em posição segura e confortável, de preferência na posição de fowler alto ou assentado;
7. para o paciente dependente forrar o colo com papel toalha;
8. tipos de pacientes

   8.1 paciente independente: colocar o marmitex, copo e talheres ao seu alcance e cortar a carne se necessário;

   8.2 paciente dependente

   8.2.1 recém-nascido e lactente: oferecer a dieta através de copo ou mamadeira ou seringa, observando deglutição, respiração e aceitação;

   8.2.2 crianças e adultos com acompanhante: dieta deverá ser oferecida pelo responsável da mesma, sob supervisão do enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem que observará deglutição, respiração e aceitação;

   8.2.3 adultos sem acompanhante: descrever-lhe os alimentos, antes de começar a alimentá-lo, se o paciente estiver impossibilitado de ver. Servir pequena quantidade do alimento de cada vez estimulando-o a aceitar toda a refeição, dando ao paciente a oportunidade de repetir, adequando-os as condições de mastigação, observando deglutição e aceitação;

   8.2.4 paciente com dieta para disfágico: não ofertar líquidos por via oral e orientar o paciente e acompanhante sobre esta proibição. Os líquidos devem ser ofertados apenas

com espessante que os tornem de consistência pastosa;

8.2.5 pacientes com prescrição de hidratação oral freqüente: estimular a ingestão de sucos fornecidos pelo SND e de água;

9. orientar ou fazer a higiene oral conforme ITT correspondente.
10. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
11. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
12. anotar no prontuário a data, a hora, a quantidade de dieta aceita de forma objetiva para permitir a quantificação da ingesta alimentar;
13. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de dieta e/ou líquidos via sondas em adultos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 01.2	VDTE 016009	1ª em 01/2010	1 de 3

CLASSE 02 HIN

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo e Hemodiálise.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 bomba infusora (opcional)
01 frasco de dieta prescrita
01 seringa de 20 ml
01 equipo para dieta enteral (simples ou para bomba infusora)
02 luvas de procedimento
02 bolas de algodão
01 almotolia de Álcool a 70 %
01 copo com água filtrada
01 fonte de energia para ligar a bomba infusora

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da Revisão:
em janeiro de 2010 a ITT foi revisada, sendo realizadas alterações no título e nos itens 2 e 11 da descrição da instrução de trabalho.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma de Figueiredo Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Comissão de Suporte Nutricional (CSN) HC UFMG Dr. Henrique O.G. Torres Dra. Célia M. F. Couto Clara Marize Carlos Vanessa R. Silva Cláudia Melo Franco	 Médico Médica Enfermeira Nutricionista Enfermeira VDTE		 Junho 2008 Julho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Julho 2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por	Clara Marize Carlos Cláudia Melo Franco Viviane Rosado Leonor Gonçalves	Enfermeira CSN Enfa Comissão ITTs Enfermeira CCIH VDTE Titular		Janeiro/2010 Janeiro/2010 Janeiro/2010 Janeiro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de dieta e/ou líquidos via sondas em adultos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 01.2	VDTE 016009	1ª em 01/2010	2 de 3

Resultado esperado:
Fornecer ao paciente aporte nutricional e hidratação de maneira segura, de acordo com a prescrição.

Em caso de não conformidade:
Em caso de obstrução de sonda, detectar a causa, desobstruir ou repassar a sonda, conforme ITT correspondente;
Em caso de mau posicionamento, repassar a sonda;
Em caso de obstipação, diarréia e vômitos comunicar ao enfermeiro e registrar em prontuário;
Em presença de estase com volume superior ou igual a 150 ml, agir conforme item 11 da Instrução de Trabalho.

Bibliografia consultada:
ANVISA – **Regulamento técnico para Terapia de Nutrição Enteral.** RDC 63/ 2000.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 277/2003**. Dispõe sobre a ministração de nutrição parenteral e enteral.
CREMA E. e SILVA R. **Estomas: Uma abordagem interdisciplinar.** Uberaba, Pinti, 1997. Clínica Cirúrgica, cap. 57, p. 590-592
CUPPARI L. in **Nutrição Clínica no Adulto** 2 ª ed. Editora Manole SP 2005 cap. 19.
KOCK, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem** – 14. ed. Curitiba: Florence, 1996.
PEREIRA, I.B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem.** 8 de Agosto em Revista, nº. 19, p. 18-20. Abril. 1998.
PUCMinas/Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Manual de Terapia Nutricional da Comissão de Suporte Nutricional** - CSN 2008 (no Prello).
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **CCIH – Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle** – 2ª ed. Médica e científica LTDA. 2001.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar os materiais, retirando o frasco de dieta do refrigerador de 30 a 60 minutos antes da administração;
4. conferir no rótulo da dieta enteral o nome do paciente, número de leito e registro hospitalar, data e hora da manipulação, composição, volume total, prazo de validade, integridade da embalagem;

Título: Administração de dieta e/ou líquidos via sondas em adultos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 01.2	VDTE 016009	1ª em 01/2010	3 de 3

5. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
6. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
7. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
8. calçar as luvas de procedimento;
9. colocar o paciente na posição de fowler alto, com cabeceira elevada de 30 a 45º; quando não for possível esta posição, discutir com enfermeiro e/ou médico antes de administrar;
10. verificar e confirmar o posicionamento correto da sonda conforme ITT correspondente, de acordo com a seguinte freqüência:
    10.1 infusão contínua: verificar a cada 6 horas;
    10.2 infusão Intermitente: verificar antes da administração de cada dieta;
11. verificar a presença de estase: antes de cada frasco na infusão intermitente e a cada 4 horas, na infusão contínua;
    11.1 se presente, com volume maior ou igual a 150 ml, desprezar a estase e não administrar a dieta do horário. NÃO RETORNAR A ESTASE PARA O PACIENTE. Registrar o horário e o volume da estase.
    11.2 quando se tratar de nutrição enteral contínua, desligar a bomba de infusão antes de aspirar o conteúdo gástrico. Volume superior a 150 ml, suspender a administração e reiniciar após 3 horas;
    11.3 não havendo estase, no próximo horário, administrar a dieta conforme prescrição para o horário. Caso persista, não administrar e comunicar ao médico responsável;
12. fazer desinfecção do canhão da sonda com algodão com álcool a 70%;
13. adaptar o equipo ao frasco da dieta, deixando-o fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo;
14. adaptar o equipo a extremidade da sonda, ajustando o gotejamento ou o fluxo, quando em bomba de infusão;
15. após o término da dieta, desconectar o equipo do frasco, adicionar 30 ml de água potável ao frasco da dieta (desconectar o equipo do canhão), deixando fluir a água para lavar o equipo (somente em caso de infusão intermitente);
16. lavar a sonda com de 20 ml de água potável utilizando a seringa;
17. fechar a sonda e proteger a extremidade do equipo com a tampa própria;
18. manter o paciente sentado ou com cabeceira elevada durante 30 minutos a 1 hora para prevenir risco de aspiração;
19. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
20. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. registrar no prontuário a data, a hora, o volume infundido;
22. assinar e carimbar;
23. em caso de dúvidas comunicar com a Comissão de Suporte Nutricional .

FIM

Título: Administração de solução para nutrição parenteral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 01.3	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:
01 prescrição médica
01 impresso de Balanço Hídrico
02 luvas de procedimento
01 fonte de energia para ligar a bomba infusora
01 almotolia de Álcool a 70%
01 bandeja de inox
01 bomba infusora
03 bolas de algodão
01 equipo de bomba de infusão próprio para infusão da NP
01 frasco de solução parenteral em temperatura ambiente

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Fornecimento de aporte nutricional e hidratação por via endovenosa de forma segura, usando técnica asséptica no tempo planejado.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Maio de 2008
Avaliado por	Dr. Henrique O. G. Torres Clara Marize Carlos Dra. Célia M. F. Couto Dr. Liconl C. da Mata Vanessa R. Silva Adriana Silva Cláudia Melo Franco	Médico Enfermeira Médica Médico Nutricionista Farmacêutica Enfermeira		Junho 2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				**Nº de cópias:** 150

Título: Administração de solução para nutrição parenteral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 01.3	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Interrupção do fornecimento do aporte nutricional em conseqüência de obstrução ou deslocamento do cateter ou presença de complicações locais (flebite, extravasamento), falta de acesso venoso (resistente e calibroso), comunicar ao Enfermeiro e ao médico e registrar no prontuário.

Bibliografia consultada:

ANVISA – **Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Parenteral.** 1998.
ARAÚJO, M. J. B. **Técnicas fundamentais de enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Bezerra de Araújo, 1992.
COFEN-**RESOLUÇÃO Nº. 277/2003** - Dispõe sobre a ministrarão de nutrição parenteral e integral.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem** – 14. ed. Curitiba: Florence , 1996.
MARTINS, C e Cardoso, P. S. **Terapia Nutricional Enteral e Parenteral**, Manual de rotina técnica-Nutroclínica. Seção 28, 2000.
PEREIRA,I.B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem.** 8 de Agosto em Revista, nº. 19, p. 18-20. Abril. 1998.
PUC Minas /Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão**. BH. Agosto 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Manual de Terapia Nutricional da Comissão de Suporte Nutricional** - CSN 2008 (no Prello).
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle** – 2ª ed. Médica e científica LTDA. 2001.
VEIGA, D. A & CROSSETTI, M. G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzeto 1963.p.40.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica (considerações importantes sobre prescrição de NP no item 25 desta ITT);
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação, verificar a previsão de tempo de infusão e antever a troca do frasco retirando-o do refrigerador duas horas antes do horário calculado, para garantir a administração da solução em temperatura ambiente;
3. após retirar o frasco do refrigerador, acomodá-lo em local seguro, protegido de queda, contaminações e da luz solar;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. conferir no rótulo o nome do paciente e seu registro hospitalar, o número do leito, a data e hora da manipulação a seqüência de preparo, prazo de validade, volume total, volume por tempo de infusão;
6. verificar a integridade da embalagem, alterações de cor ou precipitação da solução. Se for

notada qualquer alteração na solução, não administrá–la e comunicar ao enfermeiro para providências junto à farmácia;

7. separar todo o material definido para a administração da nutrição parenteral, conforme descrito na página 1/3 e levá-lo para a mesa de cabeceira do paciente;
8. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
9. explicar o procedimento ao paciente e /ou acompanhante;
10. ligar a bomba infusora à fonte de energia ou checar se a mesma já está ligada;
11. instalar o sistema de infusão na bomba e programar a mesma conforme orientação do fabricante;
12. identificar o tipo de cateter venoso
    12.1 central: adequado para a administração de todas as soluções de nutrição parenteral;
    12.2 periférico: adequado somente para a administração da solução SOPER;
13. posicionar o paciente de forma segura e confortável;
14. higienizar novamente as mãos conforme NT CCIH 002;
15. calçar luvas de procedimento;
16. certificar que o cateter está dentro do vaso através do retorno de sangue e confirmar se o mesmo está pérveo;
17. certificar que a via do cateter é de USO EXCLUSIVO para a administração da nutrição parenteral. Em caso de uso de cateter de dupla via, optar pela via distal;
18. fazer a assepsia no ponto de conexão do cateter com o equipo;
19. clampar o cateter e o equipo;
20. retirar o equipo anterior e conectar o equipo atual da dieta ao cateter venoso;
21. desclampar o cateter e o equipo e iniciar a infusão, certificando a velocidade de infusão da bomba conforme a prescrição médica. O tempo de infusão não deve ultrapassar 24 horas – ocorrendo interrupção sem retorno imediato, iniciar a infusão de SGH 10 % mantendo a mesma velocidade de infusão. Neste caso, é necessário haver a prescrição médica do SGH 10%;
22. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
23. retirar as luvas e higienizar as mãos;
24. registrar no prontuário a data, a hora, o volume indicado e a velocidade de infusão, checar na prescrição médica e lançar no impresso de balanço hídrico;
25. assinar e carimbar;
26. alertar equipe médica que o horário limite para recepção de prescrição das soluções de NP é até 12h00min, para manipulação no mesmo dia, e que dados incorretos acerca da solução ou pacientes inviabilizam o preparo da solução.

FIM

Título: Sondagem gástrica ou entérica adulto

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 02.1	VDTE 016009	1ª em 01/2010	1 de 4

CLASSE 02 HIN

Quem:
Sonda nasoentérica (SNE) – Enfermeiro/ Médico
Sonda nasogástrica (SNG) - Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica;

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Serviço de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica

Condições necessárias: vide página 2/4

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:
em janeiro/2010 foram alterados os seguintes itens, após nova revisão bibliográfica, pela CSN do HC/UFMG: condições necessárias, resultado esperado e ainda os itens 6, 12, 15, 16,25 da descrição da instrução de trabalho. Acrescentado o item 25.7.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Anna Alessandra M. de Meira Ana Cristina R. Figueiredo Antonieta L. de Souza Maria Bárbara A dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006
Avaliado por	Dr.Henrique O. G. Torres Dra. Célia M.F.Couto Clara Marize Carlos Vanessa R. Silva Adriana Silva Cláudia Melo Franco	Médico CSN/HC Médica CSN/HC Enfermeira CSN/HC Nutricionista CSN/HC Farmacêutica CSN/HC Enfermeira VDTE		Março 2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por	Dr.Henrique O. G. Torres Dra. Célia M.F.Couto Clara Marize Carlos Vanessa R. Silva Adriana Silva Cláudia Melo Franco Leonor Gonçalves Viviane Rosado	Médico CSN/HC Médica CSN/HC Enfermeira CSN/HC Nutricionista CSN/HC Farmacêutica CSN/HC Enfa Comissão ITTs VDTE Titular Enfermeira CCIH		Janeiro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Sondagem gástrica ou entérica adulto

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 02.1	VDTE 016009	1ª em 01/2010	2 de 4

Condições necessárias:

01 bandeja de inox
05 unidades de gaze
01 unidade de tecido limpo
01 cateter de Dobbhoff (SNE) ou 01 sonda gástrica
01 estetoscópio de calibre e comprimento apropriado.
01 cuba rim
01 fio para fixação (35 cm)
02 folhas papel toalha
tira adesiva
01 copo de 200 ml de água filtrada
01 seringa de 20 ml
02 luvas de procedimento
01 ampola de soro fisiológico10ml ou lubrificante em gel hidrossolúvel (se prescrito)

Resultado esperado:
Promover aporte nutricional, hidratação, administração de medicamento, esvaziamento gástrico e/ou lavagem gástrica.

Em caso de não conformidade:
Em caso de obstrução ou deformidade anatômica da via, comunicar ao enfermeiro ou médico. Em caso de intolerância do paciente a SNE comunicar ao médico e enfermeiro e solicitar orientações da Comissão de Suporte Nutricional (CSN). O uso de lubrificante hidrossolúvel deve ser prescrito pelo médico.

Bibliografia consultada:
ANVISA – **Regulamento técnico para Terapia de Nutrição Enteral.** 2000 COFEN-RESOLUÇÃO COFEN Nº. 277/2003- Dispõe sobre a ministração de nutrição parenteral e enteral.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
GOODWIN, S.G.; LIU S. **Radiologic techniques for enteral acess.** In: Rombeau J.L, Rolandelli R.H, eds. Enteral and tube feeding, 3ª ed. Philadelphia: WB Saunders: 1994, 193-206.
SCHMITZ E. M. R. ET al. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo: Atheneu, 2000
TEMPLE, J. S.; JOHNSON, J. Y. **Guia para procedimentos de enfermagem.** trad.Regina Garcez-4. ed.-Porto Alegre:Artmed, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Suporte Nutricional-CSN – **Manual de Terapia Nutricional.** Belo Horizonte, 2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
WAITZBERG, D. L.; DIAS, M. C. G. D. **Guia básico de Terapia Nutricional: Manual de Boas Práticas**/ 2. ed.São Paulo: Atheneu, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar o material;
4. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
5. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carri-

Título: Sondagem gástrica ou entérica adulto

nho de curativo;

6. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e enfatizar a necessidade do procedimento para sua melhora;
7. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com uso de biombos;
8. calçar luvas de procedimento;
9. Se não for contra indicado, colocar o paciente assentado ou com cabeceira do leito elevada a 45 graus;
10. retirar prótese dentária que esteja mal adaptada;
11. solicitar ao paciente que assue o nariz ou limpe as suas fossas nasais com papel toalha;
12. retirar a sonda da embalagem, verificar sua integridade e verificar se o mandril corre livre dentro da sonda;
13. medir a extensão da sonda a ser inserida, com a própria sonda, a partir de sua ponta distal. Medir a distância entre a ponta do nariz e o lobo da orelha e dali ao apêndice xifóide. Em pacientes adultos, esta extensão é de cerca de 50 a 60 cm. Para acesso gástrico acrescentar cerca de 10 cm; para entérico, 23 cm ou contar as próprias marcas da sonda para indicar a extensão medida e marcar a sonda com uma tira de esparadrapo;
14. para pacientes conscientes, colocar uma proteção de tecido sobre o tórax do paciente e oferecer-lhe a cuba rim para que possa utilizá-la, caso apresente vômito, durante o procedimento. Explicar todo o procedimento passo a passo;
15. para sonda nasoentérica: caso seja necessário, lubrificar com vaselina a parte interna da sonda e verificar se o fio guia corre livremente, indicando fácil remoção do mesmo;
16. molhar a sonda com SF 0,9%%, ou lubrificá-la com gel, caso não seja pré-lubrificada e introduzir a sonda cuidadosamente, inicialmente no sentido cranial e depois para trás e para baixo, progredir a sonda lentamente.
17. quando a sonda alcançar a nasofaringe, o profissional que realiza o procedimento perceberá uma sensação de resistência, esse ponto corresponde aproximadamente à distância medida entre a ponta do nariz e o lobo da orelha, inclinar a cabeça do paciente para frente e avançar delicadamente a sonda. Este é o passo mais desagradável do procedimento, porém, uma vez ultrapassado, permite uma pausa para que o paciente descanse;
18. uma vez que a sonda alcançou a orofaringe, e se o paciente puder cooperar, solicitar que ele beba um pouco de água mantendo sua cabeça fletida para frente; esta posição torna a deglutição mais fácil e reduz a possibilidade de a sonda penetrar na traquéia e progredir para o trato respiratório;
19. observar o paciente enquanto avança a sonda e parar o procedimento se ocorrer tosse, cianose, dificuldade para respirar, rouquidão, sinais de incômodo excessivo por parte do paciente. Estes podem ser sinais de que a sonda atingiu o trato respiratório. Tracione–a até a orofaringe e tente novamente;
20. interromper o procedimento se ocorrer resistência excessiva na introdução da sonda. Não force a passagem. Uma rotação suave da sonda pode ajudar. Se essa manobra não for bem sucedida, retire a sonda e reinicie o procedimento;
21. pedir ao paciente que continue deglutindo, enquanto a sonda vai sendo delicadamente introduzida, até o estômago;
22. inspecionar a orofaringe para certificar que a sonda não ficou enrolada na boca ao invés de descer para o trato digestivo. Este procedimento é fundamental naqueles pacientes que estão com déficit neurológico que não conseguem relatar;
23. remover o fio guia do interior da sonda, se for entérica;
24. confirmar o posicionamento da sonda no estômago fazendo os testes

24.1 aspirar o conteúdo gástrico com a seringa de 20 ml, observar se há retorno de líquido e o aspecto do mesmo. A presença de suco gástrico comprova o posicionamento correto da sonda;

24.2 colocar o estetoscópio na região epigástrica ou no hipocôndrio esquerdo e injetar 20 ml de ar no adulto;

24.3 solicitar ao médico assistente um pedido de RX tóraco-abdominal para confirmar o posicionamento da sonda nasoentérica.

25. fixar a sonda

25.1 passar uma gazinha no nariz e testa do paciente para melhor aderência da tira de fixação;

25.2 cortar dois pedaços de tira adesiva 2,5 x 5 cm e fixar a primeira no nariz;

25.3 cortar três pedaços de tira adesiva 2,5 x5 cm e fixar a primeira na testa;

25.4 amarrar o fio para fixação na sonda de modo que fique firme, mas, sem apertar deixando as duas pontas do mesmo tamanho;

25.5 prender os fios juntos no nariz e na testa do paciente usando as segundas tiras de esparadrapo atentando para não tracionar a aleta nasal;

25.6 dobrar as pontas do fio em direção ao nariz e prender com a terceira tira de esparadrapo na testa;

25.7 trocar a fixação da sonda diariamente, alternando o local de fixação e observando a integridade da pele;

26. guardar o fio guia na gaveta da mesinha de cabeceira do paciente devidamente acondicionado e identificado, caso seja necessário repassar a sonda;
27. deixar a sonda fechada;
28. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
29. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
30. registrar no prontuário a data, hora, intercorrências, se houver, e em que marca a sonda foi fixada, para avaliar possível exteriorização;
31. assinar e carimbar.

FIM

Título: Sondagem gástrica ou entérica pediátrica e neonatal

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 02.2	VDTE 016009	1ª em 01/2010	1 de 4

CLASSE 02 HIN

Quem:
Sonda nasoentérica (SNE) – Enfermeiro ou Médico
Sonda nasogástrica (SNG) - Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica;

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo Serviço de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica

Condições necessárias: Vide página 2/4

Descrição da Instrução de Trabalho: Vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado:
Promover aporte nutricional, hidratação, administração de medicamento, esvaziamento gástrico e/ou lavagem gástrica.

Em caso de não conformidade:
Em caso de obstrução e deformidade anatômica da via, comunicar ao Médico e Enfermeiro; Em caso de intolerância do paciente à sonda, comunicar ao médico e enfermeiro e solicitar orientações da Comissão de Suporte Nutricional (CNS); Em caso de SNE, a utilização de lubrificante hidrossolúvel deverá ser prescrito pelo médico.

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:
Em 01/2010, após nova consulta bibliográfica pela CSN do HC/UFMG, foram alterados dados dos itens: condições necessárias, resultado esperado e ainda itens 18, 19 e 26 da descrição da instrução de trabalho. Acrescentada nova bibliografia.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Caroliny Alves Pessoa Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira		Julho/2008
Avaliado por	Comissão de Suporte Nutricional (CSN) Henrique O.G. Torres Clara Marize Carlos Cláudia Melo Franco Priscila Menezes Ferri Liu	 Médico Enfermeira Enfermeira VDTE Médica Pediatra		Julho/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por	Henrique O.G. Torres Clara Clara Marize Carlos Priscila Menezes Ferri Liu Cláudia Melo Franco Leonor Gonçalves Janita Ferreira	Médico CSN Enfermeira CSN Médica Pediatra CSN Enfa. Comissão ITTs VDTE Titular Enfermeira CCIH		Janeiro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Sondagem gástrica ou entérica pediátrica e neonatal

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	HIN 02.2	VDTE 016009	1ª em 01/2010	2 de 4

Condições necessárias:

prescrição médica;
02 cotonetes (para limpeza de narinas);
bandeja inox (colocação do material);
02 folhas de papel toalha;
cuba rim (para emese);
copo com água;
estetoscópio previamente testado;
pedaço de pano limpo;
01 seringa de 1ml, 5ml ou 10ml (de acordo com a idade);
lubrificante hidrossolúvel (SF 0,9% ou gel prescrito pelo médico);
01 cateter Dobbhoff (SNE) ou SNG (conforme prescrito);
abaixador de língua (se sondagem orogástrica);
máscara cirúrgica (em caso de risco de aspersão de secreções)
vaselina suficiente para lubrificar parte interna do cateter Dobbhoff (caso não seja pré-lubrificado).

Bibliografia consultada

ANVISA – **Regulamento técnico para Terapia de Nutrição Enteral.** 2000.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN Nº. 277/2003-** Dispõe sobre a ministração de nutrição parenteral e enteral.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. ª 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
GOODWIN, S.G.; LIU S. **Radiologic techniques for enteral acess.** In: Rombeau J.L, Rolandelli R.H, eds. Enteral and tube feeding, 3ª ed. Philadelphia: WB Saunders: 1994, 193-206.
SCHMITZ E. M. R. ET al. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo: Atheneu, 2000
TEMPLE, J. S.; JOHNSON, J. Y. **Guia para procedimentos de enfermagem.** trad.Regina Garcez-4. ed.-Porto Alegre:Artmed, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Suporte Nutricional-CSN – **Manual de Terapia Nutricional**. Belo Horizonte, 2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
WAITZBERG, D. L.; DIAS, M. C. G. D. **Guia básico de Terapia Nutriciona**l: manual de Boas práticas/ 2. ed.São Paulo: Atheneu, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar o material;
4. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
5. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
6. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
7. explicar todo o procedimento passo a passo, enfatizando a importância dele para a melhora do paciente;
8. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com uso de biombos;
9. calçar luvas de procedimento;

10. se não for contra indicado, colocar o paciente sentado ou com cabeceira do leito elevada a 30 graus; pacientes neonatais e lactentes devem ser mantidos com cabeceira elevada;
11. solicitar ao paciente que assue o nariz ou limpar as suas fossas nasais com gazinha. Em caso de paciente neonatal e lactente, realizar a limpeza das narinas com cotonete;
12. retirar a sonda da embalagem verificando sua integridade;
13. medir a extensão da sonda a ser introduzida, da ponta do nariz (nasogástrica) ou lábios (orogástrica), ao lobo da orelha e dali ao apêndice xifóide e marcá-la nesse ponto com tira adesiva;
14. caso a sonda seja nasoenteral, medir a extensão da ponta do nariz ao lobo da orelha e desta até o ponto médio entre o final do apêndice xifóide e a cicatriz umbilical;
15. marcar a sonda com uma tirinha de esparadrapo;
16. para pacientes conscientes, colocar uma proteção de tecido sobre o tórax e oferecer-lhe a cuba rim para que possa utilizá-la caso apresente vômito durante o procedimento;
17. lubrificar internamente a sonda com vaselina caso seja necessário. Verificar se o fio guia corre livremente dentro da sonda indicando fácil remoção do mesmo;
18. molhar a parte externa da sonda com SF 0,9% ou lubrificar com gel.
19. introduzir a sonda cuidadosamente na narina escolhida, inicialmente, no sentido cranial e depois para trás e para baixo, progredindo a sonda lentamente; em neonatos segurar a cabeça firmemente;
20. solicitar ao paciente, se possível, que faça movimentos de deglutição até chegar à demarcação da fita adesiva. Observar o paciente enquanto avança a sonda e parar o procedimento se ocorrer tosse, cianose, dificuldade para respirar, rouquidão e sinais de incômodo excessivo. Estes podem ser sinais de que a sonda atingiu o trato respiratório. Tracione–a até a orofaringe e tente novamente;
21. interromper o procedimento se ocorrer resistência excessiva na introdução da sonda. Não force a passagem. Uma rotação suave da sonda pode ajudar. Se essa manobra não for bem sucedida, retire a sonda e reinicie o procedimento;
22. pedir ao paciente que continue deglutindo enquanto a sonda vai sendo delicadamente introduzida até o estômago; inspecione a orofaringe para certificar que a sonda não ficou enrolada na boca ao invés de descer para o trato digestivo. Este procedimento é fundamental naqueles pacientes que estão com déficit neurológico e não conseguem relatar;
23. remover o fio guia do interior da sonda, se for entérica;
24. confirmar o posicionamento da sonda no estômago fazendo os testes
    - 24.1 aspirar o conteúdo gástrico com a seringa de 10ml e observar se há retorno de líquido e o aspecto do mesmo. A presença de suco gástrico comprova o posicionamento correto da sonda;
    - 24.2 colocar o estetoscópio na região epigástrica ou no hipocôndrio esquerdo e injetar ar (2 ml para paciente neonatal 0,5ml a 1ml para pré-termo e 5 ml para paciente pediátrico);
25. solicitar ao médico assistente um pedido de RX tóraco-abdominal para confirmar o posicionamento da sonda, em caso de sonda enteral, que deve ser radiopaca.
26. proceder a fixação da sonda
    - 26.1 fixação da sonda em paciente neonatal:
        - 26.1.1 passar uma gazinha no buço do paciente para retirar o excesso de oleosidade e melhorar aderência da tira de fixação;
        - 26.1.2 cortar uma tira de fita microporosa com o comprimento de um canto do lábio ao outro e espessura que cubra o buço. Cortar uma tira de esparadrapo com o mesmo comprimento e em forma de H.

26.1.3 fixar a fita microporosa diretamente na pele do paciente. Uma parte do H de esparadrapo virá por cima da fita microporosa. A outra parte envolverá a sonda para fixá-la;

26.2 Fixação da sonda em paciente pediátrico:

26.2.1 cortar três tiras de esparadrapo 2,5 x5 cm e fixar a primeira na testa;

26.2.2 amarrar o fio para fixação na sonda de modo que fique firme, mas sem apertar, deixando as duas pontas do mesmo tamanho;

26.2.3 prender os fios juntos no nariz e na testa do paciente usando as demais tiras de esparadrapo atentando para não tracionar a aleta nasal;

26.2.4 dobrar as pontas do fio em direção ao nariz e prender com a terceira tira de esparadrapo na testa;

26.2.5 trocar a fixação da sonda diariamente

27. Acondicionar o fio guia no pacote da sonda, lacrar, identificar a embalagem e guardá-lo na gaveta da mesinha de cabeceira do paciente, para o caso de necessidade de repassar a sonda;
28. deixar a sonda fechada ou aberta de acordo com prescrição médica;
29. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
30. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
31. registrar no prontuário a data, hora, intercorrências se houver e em que marca a sonda foi fixada para avaliar possível exteriorização;
32. assinar e carimbar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando o objetivo for drenagem, escolher sonda de calibre maior (para recém- nascidos o calibre mínimo é de 8 Fr).

Em recém-nascidos optar sempre que possível por sondagem orogástrica.

Em caso de sonda de polivinil, trocar a cada 3 dias.

FIM

Instrução de Trabalho Técnico

CLASSE
03
ELI

Necessidade humana básica - Eliminação

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

GESQUALIS
GESTÃO PELA QUALIDADE EM SAÚDE

Título: Mensuração de volume urinário

Data da emissão:	Número da ITT	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica ou do enfermeiro; paciente estiver necessitando de controle hídrico.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
01 marreco ou comadre ou "chapéu de Napoleão" ou paciente em cateterização vesical;
01 cálice ou vidro graduado;
01 funil (opcional);
01 cuba rim (opcional);
01 fralda e 01 balança digital, se criança ou neo;
02 luvas de procedimentos;
01 impermeável;
01 lençol móvel;
02 biombos (opcional).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Obter o volume total da urina expelida com as suas características preservadas.

Em caso de não conformidade:
Em caso de perda de uma micção, reorientar o paciente;
Em caso de incontinência urinária, passar sonda vesical ou colocar coletor urinário de acordo com avaliação do médico e/ou enfermeiro.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Elisabete da Silva Peixoto Cláudia Maria Melo Franco Érika Fernanda F. Silva Lucia F.R. Moreira Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Junho/2006 Maio/2008 Agosto/2008 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Mensuração de volume urinário

Data da emissão:	Número da ITT	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.1	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:
ARAÚJO, M. J. B. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bezerra de Araújo, 1992.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
KOCH, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem.** 14. ed. Curitiba: Florence, 1996.
PEREIRA, I. B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem.** 8 de agosto em Revista, nº. 19, p. 18-20. Abril. 1998.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
VEIGA, D.A & CROSSETTI, M.G.O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzeto, 1996: p. 63-140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. calçar as luvas de procedimentos e proceder conforme o tipo de paciente
   - 7.1 paciente independente
     - 7.1.1 orientar o paciente para dirigir-se ao banheiro e urinar no marreco, comadre ou chapéu de Napoleão (qualquer um destes deverá ser de uso individual e estar devidamente identificado com o nome do mesmo);
     - 7.1.2 ao receber a notificação do paciente da ocorrência de micção, dirigir-se ao banheiro da enfermaria ou apartamento;
     - 7.1.3 transferir a urina do marreco ou comadre para o cálice ou vidro graduado, medir o volume e avaliar as características da urina (aspecto, cor e odor);
   - 7.2 paciente dependente sem cateterismo vesical - Adulto
     - 7.2.1 colocar a comadre ou o marreco;
     - 7.2.2 retirar os mesmos após a micção e oferecer papel higiênico;
     - 7.2.3 dirigir-se ao banheiro da enfermaria ou apartamento;
     - 7.2.4 observar o aspecto da urina;
     - 7.2.5 colocar a urina no cálice ou vidro graduado e medir o volume;
   - 7.3 paciente dependente em uso de fralda descartável
     - 7.3.1 pesar a fralda antes de colocá-la no paciente e anotar o peso na mesma;
     - 7.3.2 após período estipulado por rotina do setor (geralmente de 3/3 horas, retirar a fralda do paciente, pesá-la e descontar deste valor o peso da fralda anotado anteriormente. O resultado em gramas corresponde ao volume em Ml;
     - 7.3.3 desprezar a fralda no lixo do banheiro;
   - 7.4 paciente em uso de sonda vesical ou derivações urinárias com cateteres
     - 7.4.1 pegar o cálice ou o vidro graduado de uso específico do paciente (rotulado);

7.4.2 colocar embaixo do tubo de drenagem da bolsa coletora;
7.4.3 abrir o clip do tubo de drenagem e esvaziar a bolsa de forma que, a urina escoada não se encoste à parte inferior do tubo de drenagem. Ao escoar toda a urina, fechar o clip do pendúculo;
7.4.4 observar as características da urina (aspecto, cor e odor);
7.4.5 medir o volume;
7.5 pacientes em uso de estomas urinários sem cateter (coletando em bolsa drenável)
7.5.1 forrar a cama com o impermeável e o lençol móvel ao lado ou sob o estoma urinário;
7.5.2 colocar a cuba rim sobre o lençol móvel e sob a bolsa coletora;
7.5.3 retirar o clamp da bolsa segurando-a de forma que, a urina drenada na cuba, não se encoste na bolsa;
7.5.4 fazer escoar toda urina coletada na bolsa. Ao término, recolocar o clamp;
7.5.6 observar as características da urina (aspecto, cor e odor);
7.5.7 transferir a urina da cuba para o cálice ou vidro graduado e medir o volume;
8. desprezar a urina no vaso sanitário. ATENÇÃO: não desprezar a urina se estiver colhendo para exame, neste caso, ver ITT correspondente;
9. utilizar papel higiênico ou papel toalha para apertar o botão da descarga;
10. enxaguar o cálice ou vidro graduado e a comadre ou chapéu de Napoleão ou marreco (trocar a cada 24horas);
11. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
12. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
13. reorientar o paciente a comunicar quando apresentar micção;
14. registrar no prontuário a data, a hora, o volume, a cor, o aspecto -> presença de resíduos -> relato de disúria se houver -> anotar volume no impresso de balanço hídrico se estiver em uso;
15. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de urina para exame de rotina

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.2	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada
02 luvas de procedimento
01 frasco não-estéril para coleta
01 bola de algodão
01 coletor urinário infantil/SVA (opcional)
01 agulha 25 x 8 se SVD
01 almotolia de álcool a 70% se SVD
02 biombos (opcional)
01 seringa de 20ml se Sonda Vesical de Demora-SVD

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Amostra de urina isenta de contaminação e corretamente identificada.

Em caso de não conformidade:
Em caso de não apresentar volume urinário ou apresentá-lo em quantidade insuficiente, comunicar com o enfermeiro e o médico responsável. Em caso de contaminação trocar todo o material e colher nova amostra.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Dionéia Paula Bodevan de Sousa Patrícia Gomes Angelin Thaís Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Enfermeira Técnica de Enfermagem Técnica de Enfermagem		Maio/2006
Avaliado por	Anna Alessandra M.de Meira Antonieta Lourdes de Souza Áurea Lacerda Cançado Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enfermeira Patologista Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006/08 Junho/2006 Março/2007 Abril/2008 Junho/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de urina para exame de rotina

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.2	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirurgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002; v.1, 2, 3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Koch, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p.

SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de Rotina**s. Agosto 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento**. Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a solicitação do exame do paciente;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento aos mesmos;
4. clampar a sonda para que junte a urina, se paciente em uso de SVD;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. rotular o frasco com nome do paciente, número do leito, número do registro, data, hora, identificação do material e forma de coleta (espontânea, sonda ou coletor urinário);
8. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
9. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com o uso de biombos;
10. calçar luvas de procedimentos;
11. realizar higiene íntima: em pacientes dependentes, conforme ITT correspondente ou orientar o paciente independente de como fazê-lo;
12. colher preferencialmente a primeira urina da manhã ou a qualquer hora do dia, desde que o paciente não force a diurese;
13. desprezar o primeiro jato, e sem interromper a micção, colher o jato médio em recipiente para o exame;
14. o volume ideal é de 50ml, podendo em situações especiais (RN, idosos e IRC) ser aceito o volume mínimo de 10ml;

Título: Coleta de urina para exame de rotina

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.2	VDTE 016009		2 de 3

15. fechar o frasco imediatamente após a coleta e colocá-lo junto à solicitação do exame;
16. nos casos de incontinência urinária
    16.1 nos homens e nas crianças menores utilizar coletor urinário conforme ITT correspondente. Nestes casos é importante que a urina não fique na bolsa coletora por um tempo superior a 1 hora;
    16.2 nas mulheres realizar sondagem vesical de alívio, se prescrito pelo médico, conforme ITT correspondente;
    16.3 nos casos de pacientes com uso de Sonda Vesical de Demora
        16.3.1 fazer a desinfecção do injetor lateral do sistema fechado do coletor urinário, utilizando uma bola de algodão umedecida em álcool a 70%;
        16.3.2 conectar a agulha à seringa e introduzir no injetor lateral;
        16.3.3 aspirar 10ml de urina;
        16.3.4 retirar a agulha e a seringa do injetor lateral;
        16.3.5 injetar no frasco estéril e fechá-lo imediatamente;
        16.3.6 abrir o clamp de Sonda Vesical de Demora;
17. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
18. desprezar o material usado no expurgo, atentando para o descarte específico dos pérfuro cortantes;
19. encaminhar o material para exame, imediatamente, após a coleta;
20. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. registrar no prontuário, a data, à hora e a forma da coleta, o aspecto, o odor e o volume da urina e para qual laboratório foi encaminhado à amostra;
22. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de urina para exame de cultura e Gram

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.3	VDTE 016009	1ª. em 09/2010	1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
01 bandeja inox limpa e desinfetada
01 frasco estéril para coleta
04 luvas de procedimento
50 ml de sabão líquido
01 pacote de higiene íntima
01 almotolia de Álcool à 70% se SVD
01 pacote de cuba rim estéril
10 unidades de gaze estéril
01 seringa de 20ml se SVD
01 bola de algodão
02 biombos (opcional)
01 sonda vesical de alivio ou 01 coletor urinário (opcional)
01 agulha 25x8 se SVD

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado Esperado: vide página 2/3.

Em caso de não conformidade:
Em caso de não apresentar volume urinário ou apresentá-lo em quantidade insuficiente, comunicar com o enfermeiro e ao médico responsável.
Em caso de contaminação trocar todo o material e colher nova amostra.

Bibliografias consultadas: vide página 2/3.

Histórico da revisão:
Conforme memorando da CCIH de número 401/2010 não houve modificações.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Patrícia Gomes Angelin Thaís Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Técnica de Enfermagem Técnica de Enfermagem		Maio/2006
Avaliado por	Anna Alessandra M. de Meira Antonieta Lourdes de Souza Áurea Lacerda Cançado Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enfermeira Patologista Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/ 2006 Março/ 2007 Abril/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Julho/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva Maria Letícia B. Braga	Microbiologista CCIH Enfa. CCIH		Dezembro/2008 Setembro/2010'
Revisado por	Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfa. Profa. Dra. EEUFMG Enfa. Comissão ITT		Setembro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de urina para exame de cultura e Gram

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.3	VDTE 016009	1ª. em 09/2010	2 de 3

Resultado Esperado:
Amostra de urina isenta de contaminação e corretamente identificada.

Bibliografia consultada:

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirurgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002; v.1, 2, 3 e 4.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
HOSPITAL JOÃO XXIII. Unidade de tratamento de queimados (UTQ). **Manual de rotinas de enfermagem.** Belo Horizonte. 2003
KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.
POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p. SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas – CCIH – **Manual de rotinas.** Belo Horizonte, 2003.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a solicitação do exame do paciente;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento aos mesmos; se paciente em uso de sonda vesical de demora, clampar a sonda para que junte a urina;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais;
6. rotular o frasco com nome do paciente, número do leito, número do registro, data, hora, identificação do
   material e forma de coleta (espontânea, sonda ou coletor urinário);
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
8. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com o uso de biombos;
9. calçar luvas de procedimento;
10. fazer higiene íntima em pacientes dependentes, conforme ITT correspondente
    10.1 em paciente independente orientá-lo como realizar a higiene íntima;
    10.2 trocar as luvas de procedimento;

Título: Coleta de urina para exame de cultura e Gram

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.3	VDTE 016009	1ª. em 09/2010	3 de 3

11. colher preferencialmente a primeira urina da manhã ou a qualquer hora do dia, desde que o paciente não force a diurese;
12. desprezar o primeiro jato, e sem interromper a micção e sem encostar as bordas, colher o jato médio, diretamente no frasco de acordo com a habilidade do paciente, ou na cuba rim estéril;
13. atentar para não contaminar a tampa do frasco mantendo a borda virada para cima em local limpo e seco;
14. o volume ideal é de 50ml, podendo em situações especiais (RN, Idosos e IRC) ser aceito o volume mínimo de 10ml;
15. fechar o frasco imediatamente após a coleta e colocá-lo juntamente com a solicitação do exame;
16. nos casos de pacientes com incontinência urinária
    16.1 em adultos: realizar sondagem vesical de alívio conforme ITT correspondente;
    16.2 em crianças menores: usar coletor urinário infantil, tendo o cuidado de repetir a higienização a cada 45 minutos caso não apresente diurese;
    16.3 em caso de pacientes em uso de sonda vesical de demora
        16.3.1 fazer a desinfecção do injetor lateral do sistema fechado do coletor urinário utilizando a bola de algodão umedecida com álcool a 70%;
        16.3.2 conectar a agulha à seringa e introduzir no injetor lateral;
        16.3.3 aspirar 10ml de urina, retirar a agulha e a seringa do injetor lateral, injetar no frasco estéril e fechá-lo imediatamente;
        16.3.4 abrir o clamp da sonda vesical de demora;
17. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
18. encaminhar o material para o exame, imediatamente, após a coleta;
19. desprezar o material utilizado no expurgo, e atentar para o descarte dos pérfuros cortantes em recipiente próprio;
20. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. registrar no prontuário, a data, hora, forma da coleta, o volume, aspecto e odor da urina e para qual laboratório foi encaminhado a amostra;
22. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de urina em 24 h

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.4	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Terapia Intensivo, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada
01 frasco de vidro de 1000 ml
02 luvas de procedimento
01 comadre ou marreco
01 rótulo para identificação do frasco
02 placas de identificação do exame

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Obter o volume total da urina expelida no período de 24 horas.

Em caso de não conformidade:
Em caso de perda de uma micção, reiniciar todo o processo de coleta.

Bibliografia consultada: Continua na página 2/3
BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002; v.1, 2, 3 e 4.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Patrícia Gomes Angelim Rosaura das Graças Silva Thais Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira Técnica de Enfermagem		Maio/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Áurea Lacerda Cançado Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Patologista Enfermeira		Junho/ 2006 Abril/2008 Março/ 2007 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Julho/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de urina em 24 h

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 3
04/2009	ELI 01.4	VDTE 016009		

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

HOSPITAL JOÃO XXIII. Unidade de tratamento de queimados (UTQ). **Manual de rotinas de enfermagem.** Belo Horizonte. 2003

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.

POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p

PUCMinas/ Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005

SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Orientação para Coleta de Exames.** Belo Horizonte, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de rotinas.** Belo Horizonte, 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a solicitação do exame;
2. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. mulheres menstruadas não poderão realizar o exame;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e separar e preparar os materiais;
6. rotular os frascos com: nome do paciente, número do leito, número do registro, data e horário do início e do término, identificar o material e o método de coleta;
7. levar o material para a unidade do paciente, colocando no banheiro;
8. colocar placa de identificação de exame no leito e no banheiro;
9. pedir ao paciente para desprezar todo o volume da primeira urina da manhã;
10. anotar o horário de início desta diurese no rótulo;
11. colher integralmente todas as micções a partir daí, até completar 24 h, incluindo a primeira do dia seguinte, mantendo o material em local fresco e protegido do sol;
12. calçar as luvas de procedimento;
13. recolher o material após completar 24 h;
14. anotar o horário do término da coleta no rótulo;

Título: Coleta de urina em 24 h

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: ELI 01.4	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 3 de 3

15. medir o volume total coletado;
16. pesar e medir a altura do paciente e registrar esses valores no impresso de solicitação do exame;
17. protocolar em livro de encaminhamentos de exames;
18. encaminhar ao laboratório;
19. deixar a unidade em ordem;
20. registrar no prontuário: a data, o horário do início, o horário do término, o volume total coletado, coloração, odor e limpidez da urina;
21. assinar e carimbar.

FIM

Título: Pesquisa de PH e cetona urinários

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página 1 de 3
04/2009	ELI 01.5	VDTE 016009		

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do exame ou conforme prescrição do médico ou do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja inox limpa e desinfetada
01 agulha 25x 8 (opcional)
01 frasco específico de fitas reagentes
01 seringa de 20 ml (opcional)
04 luvas de procedimento
01 bola de algodão (opcional)
01 cuba rim ou comadre desinfetada
01 almotolia de Álcool a 70%
02 biombos (opcional)
01 foco de luz (opcional)
50 cm de papel higiênico
01 relógio com ponteiro de segundos

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Análise bioquímica da urina com fidedignidade, precisão e rapidez.

Em caso de não conformidade:
Em caso de amostra insuficiente, aguardar a próxima micção. Em caso de contaminação da urina, renovar as condições necessárias e colher nova amostra de urina.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Sebastião Rays Amatto Filho Vanilda Borges Anna Alessandra Mattos de Meira	Enfermeira Enfermeiro Enfermeira Enfermeira		Março/2006 Agosto/2006
Avaliado por	Áurea Lacerda Cançado Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Maria Olímpia Piedade	Patologista Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2007 Julho/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Pesquisa de PH e cetona urinários

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: ELI 01.5	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 3

Bibliografia Consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** Belo Horizonte. 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento**. Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar, preparar os materiais e conferir no rótulo do frasco das fitas reagentes o prazo de validade; se vencido, substituir por outro;
6. acomodar o material na bandeja e levar para a unidade do paciente;
7. garantir a privacidade do paciente com o uso de biombos;
8. calçar as luvas de procedimento;
9. tipos de diurese
   9.1 para diurese espontânea: pedir ao paciente para urinar na comadre ou cuba rim;
   9.2 para pacientes com sonda: proceder conforme ITT correspondente;
   9.3 para pacientes com coletor: colher a diurese imediatamente após a micção;
10. trocar as luvas de procedimento;
11. abrir e retirar uma tira do frasco e tampá-lo imediatamente após. Assegurar-se que o recipiente está bem fechado;
12. em local bem iluminado, inspecionar a fita procurando por indícios de alterações eventualmente provocadas por umidade ou manipulação indevida da fita. Estas, podem ser observadas através do escurecimento ou descoloração das áreas reativas;
13. imergir completamente as áreas reagentes na amostra de urina por cerca de 1 segundo. Não permanecer com a fita por mais tempo na urina para evitar a dissolução dos reagentes;
14. retirar a fita passando a borda da mesma na borda da cuba rim ou comadre para retirada do excesso de urina;
15. manter a fita reagente na posição horizontal pelo exato tempo indicado no frasco pelo fabricante; As etapas 15 e 16 são importantes para evitar contaminação entre reagentes de áreas adjacentes;
16. comparar e interpretar as cores resultantes da reação química ocorrida na fita com a tabela cromática de resultados da embalagem;
17. desprezar a fita usada no lixo do banheiro e a urina no vaso após medir o volume;

Título: Pesquisa de PH e cetona urinários

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.5	VDTE 016009		3 de 3

18. enxaguar a comadre ou a cuba rim;
19. usar papel higiênico para apertar o botão da descarga;
20. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
21. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar no prontuário a data, a hora, o volume, o aspecto da urina e o resultado do exame;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Colocação de coletor urinário masculino

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.6	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Quando detectado incontinência urinária em paciente do sexo masculino;
Para coleta de urina e/ou para controle de diurese.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
01 bandeja de inox limpa e desinfetada
01 coletor urinário sistema aberto
01 tira de adesivo tipo velcron de 10 cm
04 luvas de procedimento
01 dispositivo para incontinência urinária masculina
02 biombos

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Manter o paciente limpo e seco. Coletar urina para exame. Proporcionar controle da medida de diurese e promover conforto.

Em caso de não conformidade:
Em caso de vazamento de urina, trocar apenas o dispositivo para incontinência urinária masculina;
Em caso de não apresentar urina, comunicar com o enfermeiro e o médico.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Thaís Novaes Costa Glauciane Fonseca Procópio Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Técnica de Enf. Enfermeira Enfermeira		Maio/2006 Setembro /2008
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Áurea Lacerda Cançado Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Patologista Enfermeira Professora		Junho/2006 Março/ 2007 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Colocação de coletor urinário masculino

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.6	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia Consultada:
BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2002.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2001.
POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1999. 1400p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais;
6. levar os materiais para a unidade e colocá-los sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
7. calçar as luvas de procedimento;
8. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com biombos;
9. posicionar o paciente preferencialmente em decúbito dorsal;
10. expor a genitália e avaliar as condições do pênis. em caso de lesão ou irritação da pele ou edema do pênis, não aplicar o dispositivo;
11. fazer higiene íntima conforme ITT correspondente;
12. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
13. prender o coletor urinário do sistema aberto de drenagem urinária na estrutura do leito e deixar o extensor de drenagem preparada para conexão. em crianças e neonatos utilizar o coletor próprio retirando a tira que protege a parte adesiva;
14. calçar luvas de procedimento
    14.1 para adulto
        14.1.1 segurar com a mão dominante o corpo do pênis;
        14.1.2 vestir a ponta do pênis com o dispositivo para incontinência urinária e com a mão dominante desenrolar continuamente o mesmo sobre o corpo do pênis;
        14.1.3 deixar de 2,5 a 5 centímetros de espaço entre a extremidade do dispositivo e a ponta da glande;
        14.1.4 contornar o corpo do pênis com a fita adesiva ou velcron, atentando para que haja contato apenas com o dispositivo e não com a pele;
        14.1.5 aplicar a fita firmemente, porém sem comprometer o fluxo sangüíneo;
        14.1.6 conectar o coletor urinário ao sistema de drenagem;

Título: Colocação de coletor urinário masculino

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.6	VDTE 016009		3 de 3

14.1.7 certificar-se que o dispositivo não esteja torcido e promova uma livre drenagem de urina;

14.2 para criança e neonato

14.2.1 colocar o pênis dentro do orifício circular do coletor;

14.2.2 apertar levemente para que a parte adesiva cole na pele da região perineal;

15. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
16. levar material utilizado para o expurgo;
17. nos casos de haver necessidade de coleta para exames de Laboratório, proceder conforme recomendação da ITT específica;
18. retornar 30 a 60 minutos após a realização do procedimento e observar: eficácia da drenagem urinária, formação de edema, se há vazamento no sistema ou acúmulo de urina no dispositivo;
19. trocar o dispositivo sempre que estiver soltando e a cada 24 horas no adulto;
20. registrar no prontuário a data, a hora, a colocação do dispositivo e as condições da pele do pênis e da glande;
21. assinar e carimbar.

FIM

Título: Sondagem vesical de alívio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.7	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica ou do enfermeiro, em situações de urgência e emergência.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja inox limpa e desinfetada;
01 pacote de cuba rim estéril;
01 pacote de curativo ou pinça estéril;
02 pacotes de compressas;
02 pacotes de gaze estéril;
04 luvas de procedimentos;
01 par de luvas estéreis;
01ampola de vaselina estéril;
1 frasco de 250 ml de solução fisiológica (NaCl 0,9%);
01 sonda uretral estéril de calibre menor que o meato urinário externo do paciente;
30 ml de PVP-I aquoso ou Clorexidina, para neonatos ou pacientes alérgicos a iodo;
01 lençol móvel;
01 impermeável;
01 comadre;
01 jarro com água morna;
02 biombos;
01 saco plástico para lixo;
01 cálice ou frasco graduado.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Thaís Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Técnica de Enfermagem		Maio/ 2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Sousa Thais Ferreira de Lourdes Carneiro Érika Fernanda F. Silva Lucia F.R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora		Junho/06 Junho/06 Agosto/2008 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Sondagem vesical de alívio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.7	VDTE 016009		2 de 4

Resultado esperado:
Obter amostras de urina para exame; promover o esvaziamento vesical e/ou favorecer o controle do volume urinário; preparar pacientes para cirurgia; evitar traumatismos e bexigoma em paciente pós-cirúrgico; mensuração de urina residual.

Em caso de não conformidade:
Em caso de contaminação da sonda, trocar a mesma.
Caso haja resistência à introdução da sonda, interromper o procedimento e comunicar ao enfermeiro e este ao médico.
Se não ocorrer drenagem de urina, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada:
BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2002.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem.** 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS Gerais. Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão. B**elo Horizonte. 2005.
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2001. 657p.
POTTER, P.A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de rotinas de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2003
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. C C I H. **Manual de rotinas.** 2003.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. C C I H. **Norma Técnica 004.** 2006.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. C C I H. **Norma Técnica 009.** 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a prescrição médica ou do enfermeiro;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. separar e preparar os materiais;
4. levar os materiais para a unidade do paciente e colocá-los sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;

Título: Sondagem vesical de alívio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.7	VDTE 016009		3 de 4

5. apresentar-se ao paciente e/ou ao acompanhante;
6. explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;
7. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
8. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com os biombos;
9. calçar luvas de procedimento;
10. colocar o paciente na posição: feminino - ginecológica / masculino - decúbito dorsal;
11. colocar a comadre;
12. fazer higiene íntima conforme ITT correspondente;
13. retirar as luvas de procedimento;
14. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
15. abrir e dispor o material estéril assegurando a assepsia;
16. calçar novas luvas de procedimento;
17. fazer anti-sepsia da genitália em adultos com PVPI – aquoso (em recém-nascidos, lactentes até 3 meses de vida e pacientes alérgicos a iodo usar clorexidina) no sentido peri-uretral para a região anal, utilizando pinça e gaze da seguinte maneira
    - 17.1 feminino
        - 17.1.1 com a pinça montada fazer a anti-sepsia da região do monte do púbis (1ª gaze); grandes lábios do pudendo (2ª gaze); pequenos lábios do pudendo (3ª gaze); vestíbulo (4ª gaze) e meato urinário (5ª gaze);
    - 17.2 masculino
        - 17.2.1 segurar o pênis com a mão não-dominante e com a outra limpar a glande com pinça e gaze estéril embebidas em solução de PVPI-aquoso ou clorexidina;
        - 17.2.2 executar movimentos circulares a partir do meato uretral em direção à base da glande, usando uma nova gaze para cada vez;
18. lavar a região com Solução Fisiológica (NaCl 0,9%) estéril;
19. retirar a comadre, colocando-a na prateleira inferior do carrinho de curativo;
20. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos com PVPI degermante;
21. abrir o pacote de gaze e derramar a vaselina estéril sobre a gaze, mantendo-a dentro do pacote, garantindo sua esterilidade;
22. abrir os pacotes de compressas e a embalagem da sonda;
23. calçar as luvas estéreis;
24. colocar compressas estéreis sobre a região pubiana e sob nádegas (mulheres) ou pubiana e escrotal (homem);
25. colocar a cuba rim entre as pernas do paciente;
26. lubrificar a sonda com a gaze vaselinada estéril (cerca de 7 cm para mulheres e 15 cm para homens);
27. realizar a cateterização
    - 27.1 feminino
        - 27.1.1 afastar os grandes e os pequenos lábios com o dedo indicador e polegar da mão não dominante;
        - 27.1.2 introduzir suavemente de 3,5 a 8,0 cm da sonda na região uretral das pacientes adultas e cerca de 3 cm nas crianças ou até ocorrer fluxo de urina (utilizar foco de luz caso o ambiente não esteja bem iluminado);
    - 27.2 masculino
        - 27.2.1 expor a glande perpendicularmente ao corpo do paciente retraindo o prepúcio;
        - 27.2.2 introduzir de 20 a 25 cm da sonda na região uretral dos pacientes adultos e de 5 a 7 cm nos meninos ou até ocorrer fluxo de urina;

Título: Sondagem vesical de alívio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.7	VDTE 016009		4 de 4

28. deixar a urina drenar na cuba-rim para posterior mensuração e/ou coleta para exames; a drenagem da urina deverá ser realizada gradativa e lentamente, alternando-se pinçamento da sonda e liberação da urina para que não ocorra estimulação vagal pelo súbito esvaziamento vesical. Caso seja necessário coletar amostra para cultura, colher diretamente no frasco estéril;
29. retirar a sonda e, se for o caso, o excesso de PVPI – aquoso ou clorexidina com compressa ou gaze umedecida em solução fisiológica (NaCl a 0,9%);
30. medir o volume drenado e desprezar a urina no vaso;
31. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
32. encaminhar os materiais utilizados ao expurgo;
33. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002, secar e friccionar álcool gel ou álcool 70% glicerinado a 2%;
34. registrar no prontuário a data, a hora, o volume drenado, o aspecto, o odor e intercorrências;
35. assinar e carimbar.

FIM

Título: Sondagem vesical de demora

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.8	VDTE 016009	1ª. em 09/2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde: vide página 2/4

Condições necessárias:
01 bandeja inox limpa e desinfetada;
01 pacote de cuba rim estéril;
01 pacote de curativo ou pinça estéril;
02 pacotes de compressas estéreis;
03 pacotes de gaze estéril;
01 par de luva estéril;
01 sonda de Folley de calibre menor que o meato uretral externo do paciente;
30 ml de PVP-I aquoso ou Clorexidina aquosa, para neonatos ou pacientes alérgicos a iodo;
01 ampola de vaselina estéril;
01 coletor de urina (sistema fechado);
1 ampola de 10ml de solução fisiológica (NaCl 0,9%) ou água bi-destilada estéril;
01 frasco de 250 ml de solução fisiológica (NaCl 0,9%);
01 agulha 25 X 8 cm descartável;
02 seringas de 10 ml descartável;
2 tiras de esparadrapo de 15 cm;
04 luvas de procedimento;
01 lençol móvel;
01 impermeável;
01 comadre;
01 jarro com água morna;
02 biombos;
01 saco plástico para lixo.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:
Acrescentado o item 41 na Descrição da Instrução de Trabalho conforme memorando da CCIH de número 01/2010.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Patrícia Gomes Anele Thaís Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Técnica de Enfermagem Técnica de Enfermagem		Maio/ 2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Sousa Thaís Ferreira de Lourdes Carneiro Érika Fernanda F. Silva Lucia F.R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora		Junho/06 Junho/06 Agosto/2008 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH Enfermeira CCIH		Janeiro/2009 Setembro/2010
Revisado por	Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfa. Profa. Dra. EEUFMG Enfa. Comissão ITT		Setembro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Sondagem vesical de demora

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.8	VDTE 016009	1ª. em 09/2010	2 de 4

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório e setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Resultado esperado:
possibilitar o controle rigoroso da diurese; preparar para cirurgias; aliviar distensão vesical; obter amostra estéril de urina para exames; evitar a constante umidade em pacientes com incontinência urinária.

Em caso de não conformidade:
Em caso de contaminação da sonda, trocar a mesma.
Caso haja resistência à introdução da sonda, interromper o procedimento e comunicar ao enfermeiro e este ao médico.
Se não ocorrer drenagem de urina, comunicar ao enfermeiro e este ao médico.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirurgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2002.
DU GAS. B. W. **Enfermagem prática.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem.** 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE M G. Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** B H. 2005.
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2001. 657p.
POTTER, P.A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. D T E. **Manual de rotinas de Enfermagem.** 2003
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. C C I H **Manual de rotinas.** 2003.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. C C I H **Norma Técnica 004.** 2006.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-D T E. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. separar e preparar os materiais;
4. levar os materiais para a unidade do paciente e colocá-los sobre o carrinho de curativo;
5. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;

Título: Sondagem vesical de demora

6. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
7. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
8. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com os biombos;
9. calçar as luvas de procedimento;
10. colocar o paciente na posição: feminino – ginecológica / masculino - decúbito dorsal;
11. colocar a comadre;
12. fazer a higiene íntima conforme ITT correspondente;
13. retirar as luvas de procedimento;
14. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
15. calçar novas luvas de procedimento;
16. fazer anti-sepsia da genitália em adultos com PVPI – aquoso e em recém-nascidos, lactentes até 3 meses de vida e pacientes alérgicos a iodo (com clorohexidina aquosa no sentido peri-uretral para a região anal), utilizando pinça e gaze da seguinte maneira
    16.1. feminino: com a pinça montada fazer a anti-sepsia da região do monte do púbis (1ª gaze); grandes lábios do pudendo (2ª gaze); pequenos lábios do pudendo (3ª gaze); vestíbulo (4ª gaze) e meato urinário (5ª gaze);
    16.2 masculino: segurar o pênis com a mão não-dominante e com a outra limpar a glande com pinça e gaze estéril embebidas em solução de PVPI – aquoso ou clorexidina aquosa; executar movimentos circulares a partir do meato uretral em direção à base da glande, usando uma nova gaze para cada vez;
17. lavar a região com Solução Fisiológica (NaCl 0,9%) estéril;
18. retirar a comadre e colocá-la na prateleira inferior do carrinho de curativo;
19. retirar as luvas de procedimento e fazer higienização das mãos com PVPI degermante a 10%;
20. derramar vaselina líquida sobre a gaze estéril, mantendo-a dentro do pacote garantindo sua esterilidade;
21. abrir e dispor o material estéril, assegurando a assepsia;
22. calçar as luvas estéreis;
23. aspirar solução fisiológica (NaCl 0,9%) na quantidade indicada para o preenchimento do balonete na sonda de Folley e deixá-la preparada sobre o campo (solicitar ajuda de alguém para segurar o flaconete);
24. colocar as compressas estéreis sobre região pubiana e nádegas (mulher) ou pubiana e escrotal (homem);
25. testar o balão da sonda Folley com ar usando uma seringa de 10 ml e conectar a sonda ao coletor de urina (esse sistema não deverá ser mais aberto);
26. colocar a cuba rim entre as pernas do paciente;
27. lubrificar a sonda com vaselina estéril (cerca de 7 cm para mulheres e 15 cm para homens);
28. realizar a cateterização
    28.1 feminino
        28.1.1 afastar os grandes e os pequenos lábios com o dedo indicador e polegar da mão não dominante;
        28.1.2 introduzir suavemente de 3,5 a 8,0 cm da sonda na região uretral das pacientes adultas e cerca de 3 cm nas crianças ou até ocorrer fluxo de urina (utilizar foco de luz caso o ambiente não esteja bem iluminado);
    28.2 masculino
        28.2.1 expor a glande perpendicularmente ao corpo do paciente retraindo o prepúcio;
        28.2.2 introduzir de 20 a 25 cm da sonda na região uretral dos pacientes adultos e de 5 a 7 cm nos meninos ou até ocorrer fluxo de urina;

Título: Sondagem vesical de demora

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.8	VDTE 016009	1ª. em 09/2010	4 de 4

29. a drenagem da urina deverá ser realizada gradativa e lentamente, alternando-se pinçamento da sonda e liberação da urina para que não ocorra estimulação vagal devido ao súbito esvaziamento vesical;
30. insuflar o balão com solução fisiológica ou água bidestilada conforme volume indicado pelo fabricante, utilizando seringa de 10 ml;
31. tracionar suavemente a sonda para confirmar que está segura;
32. fixar a sonda com esparadrapo: Feminino: na face anterior da coxa – Masculino: na região supra púbica;
33. posicionar e manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga do paciente e afastada do chão;
34. retirar o excesso de PVPI aquoso ou Clorexidina da genitália com compressa ou gaze umedecida com solução fisiológica;
35. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
36. encaminhar material utilizado ao expurgo;
37. retirar as luvas estéreis e higienizar às mãos conforme NT CCIH 002 e friccionar com álcool gel ou álcool a 70% glicerinado a 2%;
38. rotular a bolsa com data, hora, assinatura e esvaziá-la quando atingir 2/3 do seu volume;
39. registrar no prontuário a data, a hora, o número da sonda, o volume drenado, o aspecto da urina e se houve queixa de dor;
40. assinar e carimbar.
41. realizar higiene da região perineal e meato urinário no mínimo uma vez ao dia, com água e sabão;
42. manter a mesma sonda enquanto durar a indicação da cateterização. Em caso de obstrução e/ou desconexão do sistema, trocar todo o sistema de drenagem, inclusive a sonda.

FIM

Título: Lavagem vesical

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.9	VDTE 016009	1ª. em 11/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
De acordo com prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

Paciente cateterizado com sonda vesical de três vias;
01 pacote de cuba rim;
01 seringa de 60 ml;
02 luvas de procedimento;
01 par de luvas estéril;
01 pacote de gaze estéril;
1 frasco de solução fisiológica estéril de 250 ml;
01 almotolia de álcool a 70%;
01 agulha 30 X 10;
01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
02 biombos.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3.

Histórico da revisão:
Em Outubro/2010 atendendo ao parecer técnico da CCIH, alteramos os itens 14 e 19 da descrição da instrução de trabalho e acrescentamos um item nas condições necessárias.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Maria Bárbara Alves dos Santos Márcia Eller Salviano Patrícia Gomes Angelim Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira		Maio/ 2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora		Junho/2006 Junho/2006 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por	Maria Letícia B. Braga Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira da CCIH Enfª. Comissão de ITT		Outubro/2010 Novembro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Lavagem vesical

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.9	VDTE 016009	1ª. em 11/2010	2 de 3

Resultado esperado:
Manter a permeabilidade do sistema, prevenir a obstrução ou a formação de coágulos e desobstruir o dispositivo de drenagem vesical.

Em caso de não conformidade:
Em caso de resistência ou permanência da obstrução, interromper o procedimento e comunicar ao enfermeiro e ao médico responsável.

Bibliografia Consultada:
BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S**. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2002.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
DU GAS. B. W. **Enfermagem prática.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem.** 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004.
NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.
POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 4. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A,. 1999.
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005.
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CTI . **Normas e rotinas do CTI.**
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de rotinas de enfermagem.** Belo Horizonte, 2003

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar prescrição médica do paciente;
2. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante;
3. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. garantir a privacidade do paciente;
6. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. separar e preparar os materiais;
8. levar o material para a unidade do paciente;
9. colocá-lo sobre a mesinha da cabeceira ou carrinho de curativo;
10. abrir o pacote da cuba rim e aproveitar o campo estéril da mesma;
11. abrir os materiais estéreis sobre o campo estéril;
12. colocar a solução fisiológica na cuba rim;
13. calçar luvas de procedimento;

Título: Lavagem vesical

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.9	VDTE 016009	1ª. em 11/2010	3 de 3

14. fazer desinfecção da 3ª via da sonda vesical com gaze embebida em álcool 70 %. Nunca abrir o sistema;
15. proteger a área desinfetada com gaze estéril;
16. higienizar as mãos, friccionando Álcool 70%, conforme NT CCIH 002;
17. calçar luva estéril;
18. aspirar a solução fisiológica da cuba rim, utilizando a seringa de 60 ml e a agulha 30x10;
19. injetar o soro fisiológico na 3ª via da sonda fazendo movimentos suaves de vai e vem. Em caso de resistência, não fazer pressão no êmbolo da seringa;
20. repetir a operação até o termino do volume prescrito;
21. deixar o paciente em posição segura e confortável e a unidade em ordem;
22. desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte das agulhas no recipiente específico;
23. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
24. registrar no prontuário a data, a hora, o volume infundido, o volume drenado, o resultado obtido e o aspecto do líquido drenado (coloração, odor, consistência e presença de secreção ou sangue);
25. assinar e carimbar.

FIM

Título: Irrigação vesical

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.10	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
Paciente cateterizado com sonda uretral de 03 vias Owens (Caso o paciente não esteja com tal cateter, fazer a cateterização conforme ITT correspondente, de acordo com a prescrição médica, utilizando cateter de 3 vias).
01 bandeja inox limpa e desinfetada;
01 pacote de gaze estéril;
02 unidades de luvas de procedimento;
02 biombos, se adequado;
01 par de luvas estéril;
solução prescrita para a irrigação;
01 equipo simples com suspiro ou seringa de 60 ml;
01 almotolia com álcool a 70%;
01 suporte de soro;
01 saco plástico para lixo;
01 jarro ou vidro graduado.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Evitar acúmulo de coágulos no interior da bexiga e tratar ou prevenir afecções da bexiga.

Em caso de não conformidade:
Em caso de resistência e intolerância ao procedimento, interromper imediatamente a irrigação e comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma de Figueiredo Márcia Eller Salviano Rosaura das Graças Silva Patrícia Gomes Angelin	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Técnica de Enf.		Maio/ 2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Elisabete Peixoto Thais Ferreira de Lourdes Carneiro	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Maio/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Irrigação vesical

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.10	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.

HOSPITAL JOÃO XXIII. **Manual de rotinas de enfermagem da Unidade de Tratamento de Queimados.**

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CTI. **Normas e Rotinas do Centro de Terapia Intensiva**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH. **Norma Técnica 004**. Belo Horizonte, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Manual de rotinas de enfermagem.** Belo Horizonte, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH. **Manual de rotinas.** Belo Horizonte, 2003.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica do paciente;
2. identificar o paciente;
3. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. verificar se o paciente está com cateter vesical de 03 vias. Se não, será necessário realizar cateterização vesical de demora ou alivio conforme prescrição médica e ITT´s correspondentes utilizando cateter de 03 vias (exigência da NT CCIH 004);
6. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. separar e preparar os materiais. Conectar o equipo ao frasco da solução prescrita retirando o ar do sistema de infusão ou diluir o medicamento prescrito utilizando uma seringa de 60 ml;
8. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
9. garantir a privacidade do paciente, se necessário, com o biombo;
10. colocar o frasco da solução prescrita no suporte de soro;
11. proceder à irrigação vesical
    - 11.1 calçar as luvas de procedimento;
    - 11.2 esvaziar a bolsa coletora, que sempre deve estar abaixo do nível da bexiga do paciente, registrar volume e aspecto;
    - 11.3 retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
    - 11.4 calçar as luvas estéreis;
    - 11.5 fazer assepsia com gaze embebida em álcool a 70 % na 3ª via da sonda de Owens;

Título: Irrigação vesical

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.10	VDTE 016009		3 de 3

11.6 conectar o equipo ou a seringa na 3ª via da sonda;
11.7 abrir o "clamp" do equipo e controlar o gotejamento desejado conforme prescrição médica ou injetar a medicação;
11.8 mensurar a drenagem contida na bolsa coletora, sempre que atingir 2/3 da capacidade preenchida.
12. deixar o paciente seguro e confortável e a unidade em ordem;
13. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. registrar no prontuário a data, o horário de início e término da infusão, queixa de dor se houver, a diferença entre o volume infundido e o drenado com as suas características, ou seja, cor, consistência, odor, além da presença de resíduos ou sangue;
15. assinar e carimbar.

FIM

Título: Cuidados com portadores de estomas urinários

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.11	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
Pós-operatório de confecção de Estomas Urinários. Apresentar drenagem superior a 1/3 do coletor ou descolamento de bolsa coletora. Apresentar vazamento periestoma em bordas. Sempre que o paciente queixar algum desconforto.
Nas orientações para o autocuidado em alta hospitalar.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:
01 bandeja inox limpa e desinfetada
01 pacote curativo
02 luvas de procedimento
01 bolsa coletora drenável com clipe ou
01 bolsa coletora com válvula anti-refluxo ou
01 bolsa coletora com válvula de esvaziamento
03 pacotes de gazinha estéril
01 pacote de cuba rim
01 frasco de 250 ml de solução fisiológica (NaCl 0,9%)
01 agulha 25 X 8
01 tubo de barreiras protetoras da pele (opcional)
01 recipiente graduado
02 biombos (opcional)

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade:
Apresentar volume urinário inferior a 50 ml/h, comunicar o enfermeiro ou médico de plantão. Vazamento periestoma, comunicar com enfermeiro ou médico responsável. Em presença de qualquer alteração cutânea comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Elisabete S. Peixoto Lúcia Moreira Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enf. Professora Enfermeira		Outubro /2008 Novembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Cuidados com portadores de estomas urinários

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.11	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Manter a perveabilidade do cateter. Prevenir lesões de pele periestoma urinário. Reduzir complicações provenientes da manipulação incorreta. Evitar constrangimentos devido a vazamentos e melhorar a qualidade de vida do portador de estoma urinário. Sistematizar os cuidados com pacientes com estomas urinários.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CREMA E. e SILVA R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar.** Uberaba: Pinti, 1997.
POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Instituto Alfa de Gastroenterologia. **Cuidados aos pacientes em uso de drenos.** Belo Horizonte. 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Instituto Alfa de Gastroenterologia. **Protocolo de assistência ao portador de estoma intestinal e urinário.** Belo Horizonte. 2005.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais;
6. levar o material à unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
7. garantir a privacidade do paciente, se necessário com biombos;
8. calçar as luvas de procedimento;
9. identificar o local e o tipo de estoma urinário;
   9.1 nefrostomia – o cateter deverá estar conectado a um sistema de drenagem fechado;
   9.2 pielostomia, ureterostomia e cistostomia – podem ser através de um cateter conectado a um sistema de drenagem fechado ou fístula aberta diretamente na pele com bolsa para estoma acoplada;
10. avaliar o estoma, pele periestoma e fixação da bolsa se houver;
11. se houver descolamento da bolsa, retirar a mesma cuidadosamente de cima para baixo segurando a pele;
12. realizar a limpeza com solução fisiológica (NaCl 0,9%) em jato e secar com gaze estéril;
13. secar a pele periestoma com a gazinha estéril e verificar a fixação do cateter, se for o caso;
14. aplicar as barreiras protetoras da pele ao redor do estoma, se indicado;

Título: Cuidados com portadores de estomas urinários

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 01.11	VDTE 016009		3 de 3

15. adaptar nova bolsa no caso de estoma aberto diretamente na pele;
16. realizar movimentos circulares sobre a placa da bolsa para melhor fixação;
17. verificar a condição do sistema de coleta e as características da urina;
18. medir o volume da urina;
19. deixar o paciente seguro confortável e a unidade em ordem;
20. retirar as luvas e higienizar as mãos;
21. registrar no prontuário a data, a hora, o volume e as características da urina, além das condições da pele periostoma;
22. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de fezes para exame Parasitológico (EPF)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.1	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do exame.

Onde:
Nas Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 frasco coletor próprio com espátula;
01 rótulo de identificação;
02 luvas de procedimento;
01 comadre ou fralda;
02 biombos (opcional).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Amostra de fezes isenta de contaminação e corretamente identificada.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente não apresente fezes ou esteja com diarréia, comunicar ao enfermeiro, e ao médico.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Patrícia Gomes Angelin Thaís Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Técnica de Enfermagem Técnica de Enfermagem		Maio/ 2006
Avaliado por	Áurea Lacerda Cançado Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Maria Olímpia Piedade	Patologista Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2007 Abril/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Julho/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de fezes para exame Parasitológico (EPF)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.1	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.

SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2001.657p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. D.E. **Procedimentos Especializados em Enfermagem.** São Paulo. Atheneu. 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Orientação para Coleta de Exames.** Belo Horizonte, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Belo Horizonte, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de rotinas**. Belo Horizonte, 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas – Unidade Funcional Patologia e Medicina Legal - UFPML. **Orientação para coleta de exames** Belo Horizonte, 2005.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a solicitação do exame;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. certificar que o paciente não realizou exame radiológico, com a administração de sulfato de bário, nos últimos 7 a 10 dias;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. rotular o frasco com nome do paciente, número do leito, número do registro, data, hora e identificação do material;
8. levar os materiais para a unidade e colocá-los sobre a mesa de cabeceira;
9. garantir a privacidade do paciente com o uso de biombos, se necessário;
10. calçar as luvas de procedimentos;
11. colocar comadre ou fralda limpa;
12. orientar para evacuar;
13. identificar tipo de coleta

    13.1 se fezes frescas: coletar as fezes com a espátula do frasco e transferir a quantidade cor-

Título: Coleta de fezes para exame Parasitológico (EPF)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.1	VDTE 016009		3 de 3

respondente a uma colher de chá cheia para o frasco limpo e seco. Não enchê-lo em demasia e fechar o mesmo;

13.2 se amostras múltiplas: coletar durante 03 dias alternados, a quantidade de um grão de feijão, colocar no frasco com o conservante fornecido pelo laboratório. Após cada coleta, fechar cuidadosamente e agitá-lo para dissolver as fezes;

14. não sujar o frasco externamente;
15. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
16. protocolar em livro de encaminhamentos de exames;
17. encaminhar o material ao laboratório:

17.1 fezes frescas: após a coleta ou no máximo em 24 horas, se refrigeradas;

17.2 amostras múltiplas: após a coleta da última amostra das fezes;

18. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
19. registrar no prontuário a data, hora, consistência, coloração, odor, quantidade e o tipo das fezes;
20. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de fezes para exame de cultura (Coprocultura)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do pedido de exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Terapia Intensiva e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada
01 frasco com o meio de cultura fornecido pelo laboratório
01 rótulo para identificação do frasco
02 luvas de procedimento
01 comadre em primeiro uso ou fralda
50 cm de papel higiênico
02 biombos (opcional)
03 toalhas de papel

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Amostra de fezes em quantidade suficiente e isenta de contaminação, corretamente identificada para realização do exame.

Em caso de não conformidade:
Em caso de contaminação, preparar novas condições e colher nova amostra de fezes.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
BRUNNER, L. S & SUDDARTH, D. M. **Tratado de Enfermagem médico cirúrgico.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 2 v.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira	Enfermeira Enfermeira		Julho/2006
Avaliado por	Áurea Lacerda Cançado Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. Araújo Maria Olímpia Piedade	Patologista Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2007 Julho/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de fezes para exame de cultura (Coprocultura)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.2	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008

KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem –** 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS -UNICAMP. Hospital das Clínicas - D.E. Procedimentos Especializados em Enfermagem. São Paulo. Atheneu. 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Hospital das Clínicas.** Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. Regimento Interno. Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem**. Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas – Unidade Funcional Patologia e Medicina Legal - UFPML. **Orientação para coleta de exames.** Belo Horizonte, 2005.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a solicitação do exame;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002, separar e preparar os materiais;
5. identificar o frasco com o nome, número do leito e registro do paciente, data, hora e identificação do material;
6. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo na mesa de cabeceira;
7. para paciente independente, orientá-lo a se dirigir ao banheiro, evacuar na comadre e, ao usar o papel higiênico, não deixar o mesmo encostar nas fezes;
8. para pacientes dependentes
   8.1 calçar as luvas de procedimento;
   8.2 colocar os biombos para garantir a privacidade para o paciente;
   8.3 colocar fralda ou a comadre sob as nádegas do paciente no momento da evacuação após forrá-la com papel
   toalha;
   8.4 solicitar que o paciente/ acompanhante comunique o término da evacuação;
   8.5 oferecer o papel higiênico ou usá-lo no paciente, sem tocar nas fezes e desprezá-lo no lixo do banheiro;
9. coletar de 01 a 02 gramas (correspondente ao tamanho de uma azeitona) de fezes, preferencialmente, com muco, pus ou sangue (se houver) e colocar no frasco coletor;
10. fechar o frasco com segurança e agitá-lo para homogeneizar o material;
11. conferir os dados do paciente no rótulo de identificação (não deve haver abreviaturas, e nem razuras);
12. a diarréia não impede que a coleta seja feita;
13. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
14. protocolar no livro de encaminhamento de exames;

Título: Coleta de fezes para exame de cultura (Coprocultura)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.2	VDTE 016009		3 de 3

15. encaminhar o material ao laboratório de microbiologia ou conservar em geladeira a 4º c por até no máximo 12 horas;
16. retirar as luvas e higienizar às mãos conforme NT CCIH 002;
17. registrar no prontuário a data, a hora e as características das fezes, ou seja, a cor, consistência, quantidade, odor e encaminhamento;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de fezes para exame de pesquisa de sangue oculto (PSO)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.3	VDTE 016009		1 de 2

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do pedido de exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Terapia Intensiva e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada
01 tubo de coleta próprio fornecido pelo laboratório
01 rótulo de identificação
60 cm de papel higiênico
02 luvas de procedimento
01 comadre limpa e desinfetada ou fralda descartável
02 biombos

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2

Resultado esperado:
Amostra de fezes frescas isenta de contaminação e corretamente identificada em frasco próprio.

Em caso de não conformidade:
Em caso de contaminação, especialmente com sangue, preparar novas condições e colher outra amostra de fezes.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2
BRUNNER, L. S & SUDDARTH, D. M. **Tratado de Enfermagem médico cirúrgico.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 2 v.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Áurea Lacerda Cançado Anna Alessandra M. de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Caroliny Alves Pessoa	Patologista Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2007 Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Glaucia Helena Martinho	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de fezes para exame de pesquisa de sangue oculto (PSO)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.3	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP. Hospital das Clínicas - D.E. Procedimentos Especializados em Enfermagem. São Paulo. Atheneu. 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas – Unidade Funcional Patologia e Medicina Legal - UFPML. **Orientação para coleta de exames.** Belo Horizonte, 2005.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a solicitação do exame;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. não coletar a amostra durante o período menstrual ou em presença de qualquer lesão sangrante;
6. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. separar e preparar os materiais;
8. identificar o frasco com o nome, número do leito e registro do paciente, data, hora e identificação do material;
9. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo na mesa de cabeceira;
10. calçar as luvas de procedimentos;
11. colocar a comadre no paciente no momento da evacuação. em pacientes dependentes ou crianças, colocar a fralda descartável e coletar diretamente da mesma;
12. oferecer o papel higiênico para higiene pessoal, ou limpar se criança ou dependente e após o uso desprezá-lo no lixo do banheiro;
13. retirar a comadre ou a fralda;
14. pegar o frasco específico para coleta de sangue oculto, desenroscar a tampa vermelha e tocar a parte pontuda da tampa nas fezes em cinco locais diferentes – basta a quantidade que se prendeu na ponta da tampa;
15. fechar o frasco com segurança, certificando que o líquido não derrame;
16. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
17. protocolar em livro de encaminhamento de exames;
18. encaminhar o material ao laboratório ou conservar em geladeira a 4 º c até no máximo 72 horas;
19. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
20. registrar no prontuário a data, a hora e as características das fezes, ou seja, a cor, consistência, quantidade e
    odor;
21. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de fezes para exame de dosagem de gordura

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.4	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do pedido de exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Terapia Intensiva e Serviço de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
03 frascos grandes de boca larga com tampa;
03 rótulos para identificação dos frascos;
01 etiqueta de identificação de dieta especial;
02 luvas de procedimentos;
03 folhas de papel toalha e 01 comadre se paciente dependente.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Coleta do volume total das fezes expelidas em 72 horas e corretamente identificada.

Em caso de não conformidade:
Em caso de perder uma evacuação, interromper e reiniciar a coleta das fezes.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
BRUNER, L. S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirurgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: GUanabara Koogan, 2002. v.1, 2, 3 e 4.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira	Enfermeira Enfermeira		Julho/2006
Avaliado por	Áurea Lacerda Calçado Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Maria Olímpia Piedade	Patologista Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2007 Março/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de fezes para exame de dosagem de gordura

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.4	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN - **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outrs providências. Acessado em: 12 ago. 2008. Disponível em http://www.portalcofen.com.br.

KOCH, R.M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem.** 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Procedimentos Especializados em Enfermagem.** São Paulo. Atheneu. 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas – Unidade Funcional Patologia e Medicina Legal - UFPML. **Orientação para coleta de exames.** Belo Horizonte, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998**.**

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a solicitação do exame;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. certificar que o paciente iniciou o preparo com a dieta especial de acordo com seu peso, seguindo as orientações da UF apoio diagnóstico serviço de medicina laboratorial. Em caso de alteração no preparo ou suspensão da dieta do paciente (a critério médico), fazer o relato no pedido do exame;
5. certificar que o paciente não realize exames radiológicos contrastados neste período;
6. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. separar e preparar os materiais;
8. identificar os frascos com o nome, número de leito e registro do paciente, data e hora de início e término da
   coleta e identificação do material;
9. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo na mesa de cabeceira;
10. fixar a etiqueta de identificação de dieta especial no leito do paciente;
11. mostrar os frascos e orientar o paciente;
    11.1 independente
        11.1.1 evacuar diretamente no frasco devidamente identificado;
        11.1.2 calçar luvas de procedimentos;
        11.1.3 receber o frasco, fechar e encaminhar para a geladeira do expurgo;
    11.2 dependentes ou crianças
        11.2.1 garantir a privacidade do paciente com o uso de biombos, se necessário;
        11.2.2 calçar luvas de procedimentos;
        11.2.3 colocar a fralda ou comadre sob as nádegas do paciente no momento da evacuação;
        11.2.4 solicitar que o paciente ou acompanhante comunique ao término da evacuação;

Título: Coleta de fezes para exame de dosagem de gordura

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.4	VDTE 016009		3 de 3

11.2.5 oferecer papel higiênico ou usá-lo no paciente;
11.2.6 recolher o papel higiênico, retirar a comadre ou fralda, atentando para desprezar o papel higiênico no lixo do banheiro sem deixá-lo entrar em contato coma s fezes;
11.2.7 transferir as fezes para o frasco devidamente identificado, fechar e encaminhar para a geladeira do expurgo;
12. deixar o paciente seguro, limpo, seco e confortável;
13. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. reforçar a orientação de que todas as fezes expelidas no período de três dias deverão ser coletadas;
15. após o período da coleta, calçar as luvas de procedimento;
16. encaminhar os frascos, devidamente lacrados, ao laboratório certificando da quantidade dos frascos colhidos até às 14h00min;
17. registrar no prontuário a data e o horário de início e término da coleta e as características das fezes, se houver a oportunidade de observar;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Lavagem intestinal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.5	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
01 ebulidor;
01 termômetro;
01 jarro com água;
01 comadre;
02 biombos;
01 carrinho de curativo;
01 suporte de soro;
01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 tubo de xilocaína geléia estéril;
01 equipo simples;
01 sonda retal;
02 pacotes de gaze estéril;
01 lençol móvel e 01 impermeável;
01 metro de papel higiênico;
Solução prescrita;
EPI (capote, máscara, óculos e luvas de procedimento).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Maria Bárbara Alves Santos Patrícia Gomes Angelin Rosaura das Graças Silva Thaís Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira Técnica de Enfermagem		Maio/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora		Junho/2006 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Lavagem intestinal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.5	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Ampola retal e cólon descendente limpos.

Em caso de não conformidade:
Caso haja resistência à introdução da sonda, interromper o procedimento e comunicar ao enfermeiro e médico.
Caso não apresente eliminações, comunicar ao enfermeiro e médico.

Bibliografia consultada:
ARAÚJO, M. J. B. **Técnicas fundamentais de enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Bezerra de Araújo, 1992.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem.** 14. ed. Curitiba: Florence, 1996.
PEREIRA, I. B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem.** 8 de Agosto em Revista, n. 19, p. 18-20, abr.1998.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.
VEIGA, D. A; CROSSETTI, M. G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Sagra DC Luzzeto, 1996. p. 63-140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a prescrição médica;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais e colocar a solução prescrita no jarro com água aquecida a 37º c.;
6. levar o material para a unidade colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
7. colocar o biombo e garantir a privacidade do paciente. Colocar o suporte de soro junto ao leito do paciente;
8. colocar os EPI's;
9. abaixar a cabeceira do leito e colocar o impermeável e o lençol móvel sob o quadril do paciente;
10. colocar a comadre ao lado do paciente (ele pode não conseguir reter a solução);
11. posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo, preferencialmente;
12. colocar o frasco de solução conectado ao equipo no suporte, mais ou menos 45 cm acima do leito;
13. adaptar o equipo a sonda retal;

Título: Lavagem intestinal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.5	VDTE 016009		3 de 3

14. deixar correr um pouco da solução na comadre para retirar o ar do sistema;
15. lubrificar a ponta da sonda retal com a xilocaína geléia estéril;
16. com a mão não-dominante, afastar a prega interglútea, expondo a região anal;
17. pedir ao paciente para respirar profundamente;
18. com a mão dominante, introduzir a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm, com cuidado e vagarosamente em direção à cicatriz umbilical nunca forçar a introdução da sonda;
19. abrir a pinça do equipo e deixar a solução correr livremente caso o paciente sinta dor, diminuir ou interromper momentaneamente o fluxo do líquido;
20. vigiar a descida da solução. Quando a solução acabar, antes de entrar ar no equipo, fechar a pinça e retirar a sonda;
21. aconselhar o paciente a reter a solução o máximo possível;
22. colocar o paciente em decúbito dorsal e levantar a cabeceira no leito, preferencialmente;
23. desprezar a sonda envolvendo-a em papel higiênico e colocando-a no lixo do banheiro;
24. colocar a comadre sob o paciente ou levá-lo ao banheiro;
25. após as eliminações fecais, retirar a comadre, desprezar o conteúdo no vaso e lavar a comadre;
26. deixar o paciente limpo, confortável e a unidade em ordem. levar o material utilizado para o expurgo;
27. retirar os EPI's e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
28. registrar no prontuário: a data, a hora, o tipo e o volume da solução usada, a cor, odor e consistência das fezes eliminadas ou a inexistência de eliminações. Registrar ainda, queixa de dor, se houver;
29. assinar e carimbar.

FIM

Título: Higienização do dispositivo coletor de estoma intestinal

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.6	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
O dispositivo estiver com 1/3 de sua capacidade cheia para evitar peso excessivo e risco de descolamento.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
02 luvas de procedimento;
01 dispositivo coletor adequado ao estoma com pinça ou clip; para seu fechamento;
trapos/compressas;
01 cuba rim;
01 sabonete;
01 tira de esparadrapos.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2

Resultado esperado:
Evitar peso excessivo; Redução do risco de descolamento; Maior durabilidade do dispositivo; Evitar constrangimento devido a vazamento; Prevenção de dermatite peri-estoma; Propiciar melhor qualidade de vida ao portador de estomia.

Em caso de não conformidade:
Alergia ao dispositivo, bolsa mal adaptada levando a vazamentos e dermatites.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Thaís Novaes Costa	Enfermeira Técnica de Enfermagem		Maio/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Glaucia Helena Martinho	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Higienização do dispositivo coletor de estoma intestinal

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.6	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 35/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano10, nº. 1 agosto/2005.

KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.

POTTER, P. A & PERRY, A. G**. Fundamentos de Enfermagem.** 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p

Manual de Orientação: Conversando sobre ostomias intestinais e urinárias. Coloplast Ostomy Fórum e Coloplast do Brasil. Rio de Janeiro, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem**. Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Instituto Alfa de Gastroenterologia-IAG. **Protocolo de assistência ao portador de Estoma intestinal e urinário.** Belo Horizonte. 2002

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais;
6. colocar o paciente em posição segura e confortável;
7. garantir a privacidade do paciente;
8. se o paciente consegue deambular o procedimento pode ser realizado no banheiro;
9. calçar as luvas de procedimento;
10. abrir a pinça da parte inferior (clamp);
11. desprezar as fezes na cuba rim ou no vaso sanitário;
12. lavar o interior da bolsa com água e sabonete líquido (se fezes) desprezando o conteúdo no vaso sanitário;
13. retirar o ar e fechar a parte inferior da bolsa;
14. se a bolsa for de duas peças, retirar para lavar com água e sabonete líquido, enxugar e utilizar novamente, ou usar a bolsa reserva;
15. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
16. retirar as luvas e lavar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. realizar as orientações de auto-cuidado ao paciente ou cuidador, para melhor reabilitação;
18. registrar no prontuário a data, a hora, a quantidade e as características das fezes eliminadas atentando para coloração da pele peri-estoma, forma do estoma, presença de prolapso, retração, protusão, invaginação, presença de muco, edema, necrose, sangramento, abscesso, hérnia, estenose, fístulas, dermatites, funcionamento, diâmetro;
19. assinar e carimbar.

FIM

Título: Troca de dispositivo coletor de estoma intestinal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.7	VDTE 016009		1 de 4

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

Quando:
No 2º dia de pós-operatório de confecção de estoma intestinal;
Quando a bolsa estiver parcialmente cheia;
Quando houver ameaça de descolamento do dispositivo, antes de ocorrer vazamento;
Quando houver queixa de queimação e ardência por parte do paciente.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
Medidor de estomas;
luvas de procedimento;
dispositivo coletor adequado ao estoma com pinça ou clip para seu fechamento;
trapos/compressas;
cuba rim;
sabonete;
tesoura de bolso;
caneta;
tira de esparadrapos.
saco de lixo;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Thaís Novaes Costa	Enfermeira Técnica de Enfermagem		Maio/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Eline Lima Borges Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Troca de dispositivo coletor de estoma intestinal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.7	VDTE 016009		2 de 4

Resultado esperado:
Dispositivo coletor adaptado à pele e estoma com maior durabilidade.
Prevenção de dermatite peri-estoma.
Facilidade de manuseio do paciente.
Melhor qualidade de vida do portador de estomia.

Em caso de não conformidade:
Em caso de: alergia ao dispositivo, bolsa mal adaptada levando a vazamentos e dermatites, retração, necrose, sangramento e prolapso, comunicar ao Enfermeiro ou ao Médico de plantão.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 35/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n. 1, agosto/2005.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
Manual de Orientação: Conversando sobre ostomias intestinais e urinárias. Coloplast Ostomy Fórum e Coloplast do Brasil. Rio de Janeiro, 2006.
POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 1999. 1400p
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas – Instituto Alfa de Gastroenterologia - IAG. **Protocolo de assistência ao portador de Estoma intestinal e urinário.** BH. 2002
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais;
6. colocar o paciente em posição segura e confortável;
7. garantir a privacidade do paciente;
8. calçar as luvas de procedimento;
9. se a bolsa for drenável, deverá ser trocada quando a resina (parte adesiva) em volta do estoma estiver esbranquiçada ou estiver provocando ardência;
10. se a bolsa for fechada a troca deverá ocorrer quando estiver parcialmente cheia;
11. juntar os materiais necessários: bolsa, sabonete neutro, tesoura (de preferência curva), medidor (marcador), toalha ou gaze e saco para lixo;

Título: Troca de dispositivo coletor de estoma intestinal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.7	VDTE 016009		3 de 4

12. esvaziar a bolsa no vaso sanitário, antes de retirá-la, abrindo a pinça da parte inferior (clamp);
13. molhe a gaze ou tecido macio com água e sabonete. levante um pouco a parte adesiva da bolsa, segure firme e vá passando o tecido com água e sabonete, descolando lentamente a bolsa, mantendo a pele esticada. Este procedimento pode ser realizado durante o banho de chuveiro.
14. após retirar a bolsa, coloque-a no saco de lixo e feche-o com um nó e despreze no local adequado;
15. lave o estoma e a pele ao redor com água e sabonete e com movimentos suaves;
16. enxaguar bem toda a pele e estoma retirando as fezes e o sabonete. Se desejar, faça este procedimento no banho de chuveiro;
17. enxugue delicadamente a pele com uma toalha macia. observe se há alguma alteração em sua pele e no estoma;
18. avaliar a pele observando
    18.1 presença de dermatite de contato causada pelo contato com fezes e urina;
    18.2 dermatite por alergia à bolsa;
19. avaliar o estoma observando
    19.1 coloração (vermelho-vivo, róseo, brilhante, pálido, violeta e negro);
    19.2 forma (oval, elíptica, irregular);
    19.3 complicações: hérnia (abaulamento ao redor da estomia parece uma "mama"); prolapso (saída de parte do intestino pelo estoma); estenose (estreitamento da luz da estomia que dificulta ou impede a saída das fezes); retração (ocorre um afundamento na estomia para dentro da pele);
    19.4 funcionamento (aspecto e volume das eliminações);
20. não usar cremes ou loções oleosas, pois, a pele deve estar limpa e seca para receber a nova bolsa;
21. aplicar barreiras protetoras da pele ao redor do estoma, caso necessário;
22. selecionar o dispositivo coletor conforme aspecto e tipo de estoma e tipo de efluente, condições físicas, idade, tipo de trabalho e atividades de lazer;
23. medir o tamanho (diâmetro) do estoma com o medidor (marcador) e desenhe-o na base (placa). Após os dois primeiros meses da cirurgia, geralmente, o estoma reduz de tamanho;
24. se bolsa pré-cortada, escolha com o orifício do tamanho da medida;
25. se bolsa recortável, recorte a parte adesiva com uma tesoura, de acordo com o tamanho medido;
26. retirar o papel da parte adesiva;
27. colar a parte adesiva de baixo para cima procurando encaixá-la no estoma. Mantenha a pele esticada, evitando deixar pregas ou bolha de ar, que facilitam vazamentos e descolamento da base (placa);
28. fazer movimentos firmes e circulares sobre a parte adesiva com o dedo indicador, do centro para as extremidades, para sua melhor aderência à pele;
29. se utilizar bolsa de duas peças, encaixe a bolsa na placa. Se for drenável retire o ar e feche a pinça inferior;
30. rotular a bolsa com pedaço de esparadrapo colocando a data e o nome do responsável pela troca;
31. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
32. retirar as luvas e lavar as mãos conforme NT CCIH 002;
33. não se esquecer de estar sempre orientando o paciente quanto ao auto-cuidado;

Título: Troca de dispositivo coletor de estoma intestinal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 02.7	VDTE 016009		3 de 4

34. agendar a consulta no programa de distribuição de bolsas;
35. na alta, fornecer bolsas até a consulta no programa de distribuição;
36. registrar no prontuário a data, a hora, a quantidade e as características das fezes eliminadas atentando para coloração da pele peri-estoma, forma do estoma, presença de hérnia, prolapso, estenose, retração, presença de muco, edema, necrose, sangramento, dermatites, funcionamento, diâmetro;
37. assinar e carimbar.

FIM

Título: Cuidados com o paciente durante episódio de vômito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 03.1	VDTE 016009		1 de 2

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiros, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

Quando:
O paciente estiver apresentando vômito

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

02 luvas de procedimento;
01 bacia de inox limpa e desinfetada;
02 compressas;
01 pacote de higiene oral.

Opcionais: 1 conexão de látex; 1 sonda de aspiração; 01 fonte de vácuo com válvula redutora de pressão;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2

Resultado esperado:
Evitar aspiração do vômito e proporcionar conforto ao paciente

Em caso de não conformidade:
Se os vômitos persistirem, administrar medicação conforme prescrição ou comunicar ao médico

Bibliografia consultada: Continua na página 2/2

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Érika Fernanda Ferreira Silva	Enfermeiro		14/06/2008
Avaliado por	Thaís F. de Lourdes Carneiro Lucia F.R. Moreira Caroliny Alves Pessoa	Enfermeiro Professora Enfermeira		Setembro/08 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Cuidados com o paciente durante episódio de vômito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 03.1	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da bibliografia cosultada:

TIMBY, Bárbara K. Nutrição. In: TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem,** 6. Ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2001. cap. 14, p.249.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice- Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. calçar luvas de procedimento;
3. inclinar a cabeça do paciente para frente sobre a bacia. Se possível, encaminhá-lo ao banheiro para que o mesmo vomite no vaso sanitário;
4. colocar o paciente em decúbito lateral ou inclinar sua cabeça para o lado, se o mesmo estiver inconsciente, sedado ou debilitado;
5. oferecer apoio firme com as mãos ou um travesseiro, em caso de paciente cirúrgico com incisão abdominal que esteja vomitando;
6. aspirar aos resíduos de vômito e excesso de saliva com auxílio do vácuo ou aspirador, se necessário;
7. aplicar uma compressa fria sobre a fronte e a nuca;
8. oferecer líquido para que o paciente enxágüe a boca ou prestar cuidados orais assim que possível, após o ato de vomitar. Em paciente inconsciente, sedado, dependente, neonatal e pediátrico realizar higiene oral conforme ITT correspondente;
9. retirar o recipiente da emese do lado da cama do paciente assim que possível e desprezar no vaso sanitário;
10. trocar a roupa de cama se necessário;
11. manter o ambiente limpo e arejado para retirar odores remanescentes;
12. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
13. descrever as características da emese no prontuário do paciente (cor, aspecto, odor) e se possível medir o volume e anotar ou quantificar subjetivamente;
14. assinar e carimbar na evolução de enfermagem;
15. comunicar à enfermeira ou médico.

FIM

Título: Lavagem gástrica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 03.2	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja inox limpa e desinfetada;
01 sonda gástrica;
01 sistema coletor aberto (coletor urinário);
02 luvas de procedimento;
10 cm de esparadrapo e/ou micropore;
01 seringa de 20 ml;
05 unidades de gaze estéril;
01 cuba rim;
01 estetoscópio;
01 equipo simples (opcional)
01 copo d'água;
02 biombos.
Solução prescrita ou 01 frasco de 500 ml de solução fisiológica (NaCl 0,9%) para adulto ou 03 ampolas de 10ml para paciente pediátrico;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Estômago limpo sem secreções, sangue, substâncias tóxicas e outros.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Dionéia Paula Bodevan de Sousa Maria Bárbara Alves Santos Patrícia Gomes Angelin Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Técnica de Enf. Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira Caroliny Alves Pessoa Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Agosto/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Lavagem gástrica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 03.2	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Em caso de mau posicionamento ou obstrução, reposicionar ou repassar a sonda.
Em caso de intolerância ao volume prescrito, parar o procedimento e comunicar ao médico responsável.

Bibliografia consultada:
ARAÚJO, M. J. B**. Técnicas fundamentais de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bezerra de Araújo, 1992.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem.** 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004. 144 p.
PEREIRA, I. B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem.** 8 de Agosto em Revista, n. 19, p. 18-20. Abril, 1998.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
VEIGA, D. A; CROSSETTI, M. G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzeto, 1996. p. 63-140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
8. garantir a privacidade do paciente. Colocar os biombos;
9. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
10. calçar as luvas de procedimento;
11. colocar o paciente em posição segura, preferencialmente em fowler;
12. realizar sondagem gástrica, conforme ITT correspondente;
13. realizar a lavagem gástrica
    13.1 em adultos
        13.1.1 adaptar, à extremidade da sonda, a seringa com a solução ou o equipo conectado à solução prescrita;
        13.1.2 introduzir mais ou menos 200 ml mantendo a sonda uns 7,5 cm acima da boca do paciente, para que o líquido caia lentamente no estômago;
        13.1.3 retirar o equipo ou a seringa e inclinar a ponta da sonda na cuba rim para fazer a sifonagem; se necessário, dê uma leve aspirada;

Título: Lavagem gástrica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 03.2	VDTE 016009		3 de 3

13.2 em neonatos

13.2.1 adaptar, à extremidade da sonda, a seringa com a solução fisiológica;

13.2.2 introduzir 10ml de SF 0,9% ou a solução prescrita;

13.2.3 aspirar a sonda até que não saia mais líquido do paciente;

14. observar o aspecto do líquido retornado e repetir os itens anteriores até que o líquido retorne claro ou límpido ou de acordo com a prescrição médica;
15. observar a prescrição médica quanto à próxima seqüência: manter a sonda fechada, ou conectada em sistema aberto para drenagem espontânea, ou retirar a sonda, cuidadosamente, em movimentos circulares;
16. mensurar a drenagem;
17. deixar o paciente em posição segura, confortável e a unidade em ordem. Levar material utilizado para o expurgo;
18. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
19. registrar no prontuário a data, a hora de início e término, o volume infundido e drenado, aspecto e consistência do líquido de retorno, presença de resíduos, se houve queixa do paciente;
20. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de escarro

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 04.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
De acordo com a solicitação do exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada
01 frasco estéril de boca larga para coleta do exame
01 rótulo para identificação do frasco
02 luvas de procedimento
01 copo com água
01 cuba rim

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Amostra de escarro em quantidade suficiente e isenta de contaminação para realização do exame.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma de Figueiredo Márcia Eller Salviano Patrícia Novaes Costa de Almeida Rosaura das Graças Silva Thaís Gomes Angelin	Enfermeira Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira Técnica de Enfermagem		Maio/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/ 2006 Maio/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Julho/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de escarro

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 04.1	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Em caso de muita saliva e insuficiente quantidade de escarro, repetir a coleta.
Em caso de ausência de secreção, fazer micronebulização com 10 ml de soro fisiológico 0,9% coletar a amostra.

Bibliografia consultada:
BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem médico cirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 2 v.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
PUC Minas/Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.** BH. Agosto 2005
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Orientação para Coleta de Exames.** Belo Horizonte, 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle** – 2ª ed. Médica e científica LTDA. 2001.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar solicitação do exame;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. orientar o paciente a manter jejum a partir de 00:00 na véspera do exame;
6. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. separar e preparar os materiais;
8. rotular o frasco (nome do paciente, número do leito, número do registro, data, hora, identificação do material e o número da amostra);
9. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
10. calçar as luvas de procedimento;
11. retirar as próteses dentárias, se presente, no momento da higiene e da coleta;
12. fornecer ao paciente o copo com a água e a cuba rim;
13. orientar o paciente a bochechar e gargarejar com água pura e desprezar na cuba rim;
14. pedir ao paciente para inspirar profundamente e tossir para obtenção do material - pacientes traqueostomizados ou intubados, a coleta será feita pelo fisioterapeuta;
15. solicitar ao paciente para depositar diretamente no frasco estéril a secreção expectorada;
16. fechar o recipiente imediatamente depois de colhido o material;
17. protocolar no livro de encaminhamentos de exames;
18. enviar amostra imediatamente ao laboratório ou conservar em geladeira com temperatura

Título: Coleta de escarro

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 04.1	VDTE 016009		3 de 3

entre 2º e 8ºc, no prazo máximo de 2 horas;

19. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
20. retirar as luvas e higienizar às mãos conforme NT CCIH 002;
21. registrar no prontuário a data, o horário, o aspecto e a quantidade da secreção;
22. assinar e carimbar.

FIM

Título: Cuidados com pacientes com drenos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 05.1	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Apresentar drenagem superior à 2/3 do coletor ou o coletor começar a soltar-se ou em vazamentos peridreno.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:

01 bandeja inox limpa e desinfetada;
02 luvas de procedimento;
01 pacote de gazinha estéril;
01 pacote de cuba rim estéril;
250 ml de solução fisiológica a 0,9%;
01 vidro graduado ou 01 seringa;
01 agulha estéril 25x 8 cm;
01 bolsa de estoma (se adequado);
01 almotolia com álcool a 70%;
01 tira de esparadrapo (se adequado);
01 sistema de drenagem aberto (se adequado);
01 tubo de resina de proteção da pele (prescrito).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado Esperado:
Funcionamento ótimo do sistema de drenagem. Reduzir complicações provenientes da manipulação incorreta dos drenos e sistematizar os cuidados com pacientes com drenos.

Em caso de não conformidade:
Em caso de ausência de drenagem, vazamento peri dreno ou deslocamento do mesmo, comunicar ao enfermeiro. Em caso do deslocamento ou soltura do dreno, comunicar em caráter de emergência ao enfermeiro;

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Thaís Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Técnica de Enfermagem		Junho/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora		Julho/2006 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Cuidados com pacientes com drenos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 05.1	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:

BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. M. **Tratado de Enfermagem médico cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.

POHL, F. F.; PETROIANU, A. **Tubos, sondas e drenos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4 ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1400p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Instituto Alfa de Gastroenterologia. **Cuidados aos pacientes em uso de drenos**. Belo Horizonte. 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Instituto Alfa de Gastroenterologia. **Protocolo de assistência ao portador de estoma intestinal e urinário.** Belo Horizonte. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar**. Manual de Infecção Hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle.** 2. ed. Médica e científica LTDA, 2001.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. inspecionar a condição e tipo do sistema de drenagem;
5. tipos de drenos, quanto à forma de ação
   - 5.1 capilaridade: de látex, laminar - extremamente flexível - geralmente colocado próximo a suturas, através da pele, fixado à mesma por um ponto ou mantido exteriorizado por um alfinete – requer proteção da pele e bolsa coletora. ex. dreno de "penrose;"
   - 5.2 gravitacional: de plástico, borracha ou silicone, tubular – macio - não colaba, de comprimento, diâmetro e formas variadas deverão estar conectadas a um sistema de drenagem. ex. dreno de kehr (t), duplo j malecot, de tórax (vide ITT específica);
   - 5.3 sucção: é o gravitacional acrescido de um sistema com sucção que pode ser um conjunto comercial, como o "portovac" ou um conjunto manufaturado, como pera de borracha ou seringovac (vide ITT correspondente);
6. separar e preparar os materiais de acordo com o tipo de sistema de drenagem e situação observada;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
8. garantir a privacidade do paciente;
9. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
10. calçar as luvas de procedimento;
11. observar o aspecto, cor e consistência da drenagem;
12. fazer ordenha nos tipos: por capilaridade ou gravitacional (vide ITT técnica de ordenha dos drenos);

Título: Cuidados com pacientes com drenos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 05.1	VDTE 016009		3 de 3

13. retirar a cobertura do local de inserção ou a bolsa coletora delicadamente. Só retirar a bolsa coletora se esta estiver soltando ou houver vazamento do efluente. Se a bolsa estiver bem adaptada, retirar a drenagem abrindo a pinça de segurança;
14. medir o volume da drenagem e atentar para queixa de dor e presença de odor;
15. avaliar a integridade da pele da região peri-dreno e a segurança do mesmo quanto à fixação. Comunicar ao enfermeiro presença de alteração cutânea ou falha na fixação do dreno;
16. lavar o local de inserção do dreno com solução fisiológica a 0,9%, em jato;
17. secar a região peri-dreno delicadamente com gaze seca e passar uma camada de resina de proteção de pele prescrita. Se a bolsa coletora não foi retirada, não haverá necessidade desta etapa;
18. fechar ou recolocar a bolsa coletora ou verificar a condição do aparato de coleta (sistema fechado, sucção, etc.);
19. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
20. levar material utilizado para o expurgo atentando para o descarte das agulhas em recipiente próprio para pérfuro cortante;
21. retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar no prontuário a data, a hora, o volume drenado e suas características (cor, odor e consistência), além das condições da pele peri-dreno;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Técnica de ordenha de drenos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 05.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
Diante de efluente espesso;
Diante da presença de coágulos;
Diante da ausência de drenagem.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 almotolia de Álcool a 70 %;
01 pinça de ordenha;
01 pacote pequeno de talco sem perfume e não alérgico;
02 bolas de algodão ou gaze não-estéril;
02 de luvas de procedimento;
02 biombos.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Manter pérveo o sistema de drenagem. Evitar obstrução.

Em caso de não conformidade:
Em caso de deslocamento do dreno ou da sonda, desconexão ou vazamentos no sistema, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. M**. Tratado de Enfermagem médico cirúrgico.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 2 v.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira		Julho/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Caroliny Alves Pessoa Claudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Técnica de ordenha de drenos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 05.2	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

POHL, F.F.; PETROIANO, A. **Tubos, sondas e drenos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instituto Alfa de Gastroenterologia-IAG. **Cuidados aos pacientes em uso de drenos.** Belo Horizonte, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. CCIH – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle –** 2ª ed. Médica e científica LTDA. Belo Horizonte, 2001.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais;
6. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
7. garantir a privacidade do paciente;
8. calçar as luvas de procedimento;
9. tipos de ordenha
   - 9.1 utilizando pinça de ordenha
     - 9.1.1 segurar com firmeza o extensor siliconado próximo ao dreno (ou sonda) com a mão não-dominante e adaptar logo abaixo a pinça de ordenha;
     - 9.1.2 tracionar o látex com auxílio da pinça em direção descendente.;
   - 9.2 utilizando as próprias mãos
     - 9.2.1 segurar com firmeza o extensor siliconado próximo ao dreno (ou sonda) com a mão não-dominante ebcom a mão dominante entalcada ou com algodão embebido em Álcool a 70%, deslizar através do extensor siliconado para baixo;
     - 9.2.2 qualquer que seja o método usado (mãos ou pinça), deve ser feito com cuidado, uma vez que, ele pode deslocar o dreno, provocar dor e alterar a pressão intrapleural (no caso de dreno de tórax);
10. deixar que o sistema siliconado volte ao tamanho normal;
11. repetir a manobra por duas ou três vezes. Nunca ordenhar em direção ascendente;
12. verificar o funcionamento do sistema. Em caso de dreno de tórax ver ITT correspondente;
13. observar as características da secreção e o volume;
14. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;

Título: Técnica de ordenha de drenos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 05.2	VDTE 016009		3 de 3

15. retirar as luvas de procedimento e higienizar às mãos conforme NT CCIH 002;
16. registrar no prontuário a data, a hora, o aspecto, a consistência e o volume da secreção;
17. assinar e carimbar.

FIM

Título: Manutenção e manipulação de sistema de drenagem por sucção

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 05.3	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
durante troca do curativo do dreno; durante esvaziamento de recipiente coletor; durante queixas de dores ou incomodo do paciente; em situações de extravasamento.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada
02 luvas de procedimento
01 pacote de gaze estéril
01 ampola de solução fisiológica a 0,9%
01 almotolia com álcool a 70%
01 vidro graduado ou 01 seringa de plástico de 20 ml
esparadrapo

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado Esperado:
Manutenção da pressão negativa atuante.

Em caso de não conformidade:
Em caso de perda de pressão negativa, identificar a causa, realizar o reparo e proporcionar o retorno da sucção.
Em caso de drenagem acima do volume esperado para o procedimento cirúrgico, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Silvia Cristina Severo Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Professora		Agosto/2006 Agosto/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Março/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Manutenção e manipulação de sistema de drenagem por sucção

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 05.3	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.

POHL, F. F; PETROIANO, A. **Tubos, sondas e drenos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 4. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. 1400p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Instituto Alfa de Gastroenterologia. **Cuidados aos pacientes em uso de drenos.** Belo Horizonte. 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Instituto Alfa de Gastroenterologia. **Protocolo de assistência ao portador de estoma intestinal e urinário.** Belo Horizonte. 2002.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar, preparar os materiais e levar para a unidade do paciente;
6. calçar as luvas de procedimento;
7. identificar o sistema de drenagem por sucção:
   - 7. 1 sistema de sucção comercial (portovac)
     - 7.1.1 clampar o dreno;
     - 7.1.2 retirar cuidadosamente a tampinha mantendo sua esterilidade e colocá-la sobre uma superfície limpa com a parte que é introduzida no sistema de drenagem para cima;
     - 7.1.3 desprezar a drenagem no recipiente graduado;
     - 7.1.4 limpar através de fricção o orifício de saída utilizando gaze umedecida com álcool a 70%;
     - 7.1.5 comprimir totalmente o frasco sanfonado sobre uma superfície plana (não deixe seu rosto sobre a região do orifício);
     - 7.1.6 recolocar a tampinha enquanto o frasco está comprimido;
     - 7.1.7 abrir o clampe do sistema de drenagem;
     - 7.1.8 será exercida uma pressão negativa de aproximadamente 45 mmHg à medida que a sanfona estira;
     - 7.1.9 observar as características da drenagem e medir o volume. Desprezar a drenagem no vaso sanitário;
   - 7. 2 sistema de sucção manufaturado seringovac (geralmente utilizado onde se prevê drenagem inferior a 100 ml por dia)
     - 7.2.1 retirar com cuidado o esparadrapo de segurança que envolve a trava do embolo da seringa;

Título: Manutenção e manipulação de sistema de drenagem por sucção

7.2.2 retirar a trava do êmbolo sem deixar que o mesmo se movimente;
7.2.3 desconectar a seringa do cateter, observar as características e o volume do efluente e desprezá-lo no recipiente;
7.2.4 reconectar a seringa ao dreno, puxar o êmbolo até 1/3 do final e recolocar a trava no êmbolo;
7.2.5 colocar uma tira de esparadrapo fixando a trava ao corpo e êmbolo da seringa;

8. verificar o funcionamento do sistema certificando-se de não haver vazamentos;
9. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
10. recolher o material utilizado e desprezá-lo no expurgo;
11. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
12. registrar no prontuário a data, a hora, o aspecto, cor e consistência da drenagem e o volume medido;
13. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de secreções para Exames

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 06.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a solicitação do exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatório e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja inox limpa e desinfetada
03 tubos coletores estéril com bastão (swab)
01 par de luvas estéril para feridas
02 luvas de procedimento
01 pacote de curativo
01 pacote de gaze estéril
02 frascos estéreis para coleta exame
01 seringa de 03ml e 01 agulha de 25 X 7 cm
01 abaixador de língua
01 frasco de soro fisiológico 0,9% de 250 ml
50 ml de PVPI aquoso ou Clorexidina
01 máscara facial
01 foco de luz (opcional)
02 biombos (opcional)

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Material coletado e identificado corretamente.

Em caso de não conformidade:
Em caso de leito da lesão estiver ressecado, realizar esfregaço com o swab;
Em caso de recusa e resistência do paciente, reforçar necessidade do mesmo.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo Maria Bárbara Alves Santos Rosaura das Graças Silva Thaís Novaes Costa de Almeida	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Técnica de Enfermagem		Março/ 2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Abril/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de secreções para Exames

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 06.1	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

KOCK, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem** – 14. ed. Curitiba: Florence, 1996.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Unicamp – Hospital das Clínicas-D.E. **Procedimentos Especializados em Enfermagem.** São Paulo. Atheneu. 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle** – 2ª ed. Médica e científica LTDA. Belo Horizonte, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar solicitação de exame;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. identificar o recipiente de coleta, com nome completo, registro, leito, data, hora e a identificação do material de coleta;
8. levar os materiais para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
9. garantir a privacidade do paciente com o uso de biombos, se necessário;
10. calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara facial;
11. atentar para as seguintes observações
    - 11.1 preferencialmente colher o material antes da administração de antimicrobianos;
    - 11.2 sempre que possível colher dois swabs: um para cultura e outro para microscopia;
    - 11.3 a amostra ideal não pode ser contaminada pela microbiota de qualquer superfície adjacente ao foco;
    - 11.4 os espécimes para o exame microbiológico têm que representar corretamente a situação biológica do local coleta;
12. passar o bastão coletor na região indicada
    - 12.1 ocular – preferencialmente, no fundo do saco conjuntival evitando o contato com a borda palpebral, se dos dois olhos, coletar separadamente direito e esquerdo;
    - 12.2 auricular – somente colher material do ouvido externo. O material ideal é o do canal auditivo externo que deve ser coletado pelo otorrinolaringologista;
    - 12.3 orofaringe – usar abaixador de língua e foco de luz se necessário. Roda-se o swab sobre

Título: Coleta de secreções para Exames

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ELI 06.1	VDTE 016009		3 de 3

cada área tonsilar, na faringe posterior e qualquer área que apresente placa/exsudato. Na retirada, evitar contato com a cavidade bucal;

12.4 nasal – introduzir, delicadamente, nas narinas pelo menos 01 cm, fazendo movimentos rotatórios;

12.5 escarro – vide ITT específica;

12.6 uretral e/ou vaginal – após higiene íntima – vide ITT específica, inserir, delicadamente, o bastão coletor pelo menos 01 cm fazendo movimentos rotatórios evitando o contato periuretral ou perivaginal na retirada do mesmo;

12.7 perianal – passar o bastão coletor na região perianal realizando movimentos rotativos pelo menos 05 vezes;

12.8 feridas/ úlceras – limpar as bordas da ferida com soro fisiológico 0,9 % e lavar o leito da ferida conforme ITT específica; separar delicadamente as bordas da ferida com o indicador e o polegar de uma das mãos usando luva estéril), com a outra mão introduza a ponta do swab na profundidade da lesão tendo o cuidado de não tocar a pele adjacente. Em lesões bolhosas de pele, evitar o swab e aspirar com agulha e seringa e colocar no recipiente estéril;

12.9 sítio de inserção de cateter ou orifício de fístulas – fazer a limpeza com soro fisiológico 0,9% do orifício ou peri inserção do cateter e passar o bastão coletor;

12.10 ponta de cateter vascular – fazer limpeza peri inserção com soro fisiológico, antissepsia com PVPI aquoso ou clorexidina, enxaguar com soro fisiológico 0,9%, secar, retirar o cateter assepticamente, cortar de 05 a 07 cm da ponta distal do cateter e colocar no recipiente estéril sem tocar as bordas e fechar;

13. colocar o bastão coletor no recipiente estéril e identificado e fechá-lo;
14. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
15. protocolar em livro de encaminhamentos de exames;
16. encaminhar ao laboratório o material coletado e identificado, juntamente com o pedido do exame;
17. retirar luvas de procedimento, máscara e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
18. registrar no prontuário a data, a hora, o aspecto e o local do material colhido;
19. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de *Swab* para pesquisa de microorganismos de importância epidemiológica/vigilância microbiológica

Data da Emissão:	Número da	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	IT: ELI 06.2	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 03 ELI

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

Quando:
De acordo com a solicitação do enfermeiro e/ou médico.

Onde:
Unidades de Internação, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Pronto Atendimento, Ambulatórios e Serviços de Apoio e Diagnóstico.

Condições necessárias:

01 tubo coletor estéril com haste (*swab*) para cada local de coleta (axilar, nasal, perianal ou orofaringe)

02 luvas de procedimento
01 ampola de SF 0,9%
02 biombos

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Material coletado isento de contaminação e identificado corretamente em bom estado de conservação.

Em caso de não conformidade:
Na impossibilidade da coleta do material, comunicar verbalmente à enfermeira responsável e registrar no prontuário do paciente.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Larissa Vilela Florindo Ana Claudia Nascimento de Carvalho Letícia Gonçalves Diniz	Acadêmica de Enf. Acadêmica de Enf. Acadêmica de Enf.		Março/2007
Avaliado por	Antonieta Lourdes Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Cristiane Alves dos Reis Maria Tereza F. de Araújo Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2007 Abril/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Julho/2008 Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Lucienne França Reis Paiva	Microbiologista CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Coleta de *Swab* para pesquisa de microorganismos de importância epidemiológica/vigilância microbiológica

Bibliogafia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

FERNANDES, A. T. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000. 2v

MARTINS M.A. **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, prevenção e controle.** Editora Medsi, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Orientação para Coleta de Exames.** Belo Horizonte, 2005.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a solicitação do exame;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar a s mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material até o paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
8. garantir a privacidade do paciente com o uso de biombos;
9. calçar as luvas de procedimento;
10. abrir a ampola de SF 0,9 % e umedecer a ponta do bastão;
11. eleger o local da coleta
    - 11.1 para *swab* nasal
        - 11.1.1 introduzir o *swab* cuidadosamente no interior de ambas as narinas, pelo menos 1 cm;
        - 11.1.2 manter firmemente o *swab* no interior da narina, realizando movimentos giratórios por 10 a 15 segundos;
    - 11.2 para *swab* perianal
        - 11.2.1 passar o *swab* perianal com movimentos rotatórios, pelo menos 5 vezes. Na presença de ânus imperfurado – proceder à coleta nas pregas do períneo;
    - 11.3 para *swab* axilar
        - 11.3.1passar os *swab* em ambas as axilas, utilizando movimentos rotatórios em toda a superfície;
    - 11.4 para *swab* de orofaringe
        - 11.4.1 introduzir o *swab* cuidadosamente no interior da boca evitando contaminação com a saliva e microbiota normal da mucosa;
        - 11.4.2 rodar o *swab* sobre cada área tonsilar e na faringe posterior, tocando todas as áreas onde apresenta placa;
        - 11.4.3 para pesquisa/ cultura de bacilo distérico, remover a placa e colher com *swab* na mucosa abaixo da placa;

Título: Coleta de *Swab* para pesquisa de microorganismos de importância epidemiológica/vigilância microbiológica

11.4.4 retirar da cavidade bucal sem contaminá-lo na mucosa;

12. colocar o bastão coletor de volta no receptor sem tocar nas bordas;
13. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
14. retirar as luvas e higienizar às mãos conforme NT CCIH 002;
15. identificar a amostra com os dados do paciente: nome, registro, data e local de coleta (nasal, perianal, axilar, orofaringe);
16. protocolar no livro de encaminhamento de exames;
17. enviar a amostra ao laboratório juntamente com a solicitação do exame;
18. registrar no prontuário a data, a hora e o local onde foi colhido e o horário do encaminhamento;
19. assinar e carimbar.

FIM

Instrução de Trabalho Técnico

Necessidade humana básica - Atividade, sono e repouso

CLASSE 04 ASR

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

GESQUALIS
GESTÃO PELA QUALIDADE EM SAÚDE

Título: Posicionamento do paciente no leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.1	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 04 ASR

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica ou do enfermeiro e sempre que o paciente solicitar.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulância e Domicílio.

Condições necessárias:

1 paciente acamado;
1 lençol;
3 ou 4 travesseiros;
1 biombo;
2 luvas de procedimento;
EPIs conforme precauções padrão ou de acordo com vias de transmissão;
1 impresso de observações de enfermagem;
1 caneta;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado:
Prevenção de complicações associadas às posições e conforto do paciente.

Em caso de não conformidade:
Verificar a intolerância da posição pelo paciente e solicitar reavaliação ao enfermeiro ou médico. Comunicar ao enfermeiro ou médico se a intolerância persistir.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** vol. II. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1726p.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Junho de 2008
Avaliado por	Maria Olímpia Piedade Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Julho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE		Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.1	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da Bibliografia Consultada:
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a importância do posicionamento correto, das mudanças de posição e do exercício das extremidades;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar o material;
6. calçar luvas de procedimento e vestir o avental, se necessário (pacientes em isolamento ou precaução de contato);
7. garantir a privacidade do paciente;
8. colocar em posição de fowler para promover funcionamento cardíaco e respiratório, para alimentar-se, conversar ou realizar eliminação urinária e intestinal
   8.1 cabeceira elevada de 45 a 60º;
   8.2 posição alta: cabeceira a 90º;
   8.3 posição baixa: cabeceira a 30º;
   8.4 apoiar pés, braços e cabeça com travesseiros;
9. colocar em posição supina ou decúbito dorsal
   9.1 colocar a cabeceira da cama plana;
   9.2 o paciente deita ou é colocado de costas;
   9.3 manter a cabeça e ombros levemente elevados com um travesseiro, se não houver contra-indicação;
   9.4 apoiar braços e joelhos com travesseiros;
   9.5 apoiar pés e calcanhares do paciente para evitar extensão contínua dos pés e pressão constante nos calcanhares;
10. colocar em posição Deitada de Lado ou Decúbito Lateral, é uma alternativa confortável à posição supina para o paciente em repouso ao adormecer, alivia pressão na escápula, no sacro e nos calcanhares e permite pernas e pés flexionados;
    10.1 colocar a cabeceira plana;
    10.2 virar o paciente de lado no leito;
    10.3 flexionar o antebraço e braço que ficam por baixo, em relação à posição do corpo na direção da cabeceira; manter antebraço que fica por cima alinhado ao corpo e flexionar o braço;
    10.4 flexionar levemente o joelho que está por baixo e mais ainda o joelho que fica por cima;
    10.5 utilizar travesseiros para corrigir posicionamento (sob a cabeça, sob a perna flexionada e sob o braço que fica por cima flexionado para manter o mesmo nível do ombro);
11. colocar em posição Oblíqua impõe menor pressão trocantérica e é uma alternativa do decúbito lateral;
    11.1 colocar a cabeceira da cama plana;

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: ASR 01.1	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 3 de 3

11.2 o paciente é virado para o lado, com o quadril da perna que fica superior flexionado em um ângulo de 30° e o joelho flexionado a 35°. A panturrilha é posicionada ligeiramente atrás da linha média do corpo;

11.3 sustentar as costas e a panturrilha da perna que está por cima com travesseiros;

12. colocar em posição decúbito ventral parcial ou sims;

12.1 colocar a cabeceira da cama plana;

12.2 o paciente é deitado de lado parcialmente sobre o abdômen, com o braço voltado para baixo atrás do paciente e o braço voltado para cima flexionado no ombro e no cotovelo;

12.3 colocar travesseiros sob a cabeça, sob o braço superior flexionado e sob a perna flexionada;

13. colocar em posição pronada: previne contraturas de flexão dos quadris e joelhos e é contra-indicada para pessoas com problemas de coluna;

13.1 colocar a cabeceira da cama plana;

13.2 com o paciente na posição de decúbito dorsal, role o paciente sobre o braço posicionado perto do corpo, com o cotovelo reto e a mão sob o quadril. Posicione o abdômen no centro da cama;

13.3 o paciente deita sobre o abdômen com a cabeça virada para o lado;

13.4 o corpo fica estendido e os ombros, a cabeça e o pescoço eretos;

13.5 os braços devem ser colocados em alinhamento correto com a cintura escapular; os quadris ficam estendidos e os joelhos impedidos de se flexionarem ou hiperextenderem-se;

13.6 apoiar a cabeça com um travesseiro pequeno ou coloque um travesseiro sob o abdômen;

13.7 apoiar as pernas com um travesseiro para elevar os dedos dos pés;

14. deixar o paciente seguro e confortável;
15. retirar as luvas de procedimento e o avental se utilizado;
16. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. fazer anotações no impresso de observações de enfermagem, como posição escolhida, motivo, características da pele e circulação periférica;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Posicionamento do paciente para exames

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica ou do enfermeiro ou tipo do exame.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Domicílio.

Condições necessárias:

01 cama ou 01 cadeira;
01 cama ginecológica (opcional);
02 lençóis;
02 biombos;
02 luvas de procedimento;
EPIs conforme precaução padrão ou de acordo com a via de transmissão;
01 caneta;
01 impresso de anotações de enfermagem.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3, 3/3.

Resultado esperado:
Paciente em posição segura e confortável favorecendo a rápida realização dos exames.

Em caso de não conformidade:
Se não tolerância da posição pelo paciente e não existência de alternativa de mudança de posição, comunicar ao enfermeiro e rever a indicação com quem solicitou o exame.

Bibliografia consultada: vide página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Junho/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Julho/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Posicionamento do paciente para exames

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.2	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando a importância do posicionamento correto para a realização de exames;
4. avaliar o paciente quanto ao risco de contato direto com secreções, excreções, sangue, feridas e definir EPI necessário;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar o material;
7. calçar luvas de procedimento e vestir EPI se necessário;
8. garantir a privacidade do paciente utilizando biombo;
9. utilizar lençol para cobrir a área do corpo não examinada;
10. considerar idade, estado de saúde, mobilidade, condições físicas, nível de energia, privacidade e segurança do paciente;
11. evitar movimentos possivelmente cansativos e desnecessários durante um exame;
12. posição de pé
    12.1 o paciente fica de pé;
    12.2 posição usada para verificar postura, equilíbrio, modo de andar; e para aferir peso e altura;
13. posição sentado
    13.1 o paciente senta-se em uma cadeira ou na lateral da cama ou mesa de exame, ou pode ficar na cama com a cabeceira elevada (Fowler a 90°);
    13.2 possibilita visualizar porção superior do corpo e facilita a expansão total dos pulmões;
    13.3 usada para verificação de sinais vitais, inspeção da cabeça, do pescoço, do tórax anterior e posterior, dos pulmões, do coração, das mamas e das extremidades superiores;
14. posição supina
    14.1 deitar o paciente completamente de costas, pernas estendidas e joelhos levemente flexionados; facilita o relaxamento da musculatura abdominal;
    14.2 posição usada para investigar sinais vitais, inspeção da cabeça, do pescoço, da porção anterior do tórax, dos pulmões, do coração, das mamas, do abdômen, das extremidades e dos pulsos periféricos;
15. posição dorsal deitada
    15.1 deitar o paciente de costas com as pernas separadas, joelhos flexionados e solas dos pés sobre a cama;
    15.2 utilizada para verificar cabeça, pescoço, porção anterior do tórax, pulmões, coração, mamas, extremidades e pulsos periféricos;
    15.3 esta posição não deve ser usada para avaliar abdômen devido à contração dos músculos abdominais;
16. posição de Sims
    16.1 o paciente deita sobre um dos lados, parcialmente sobre o abdômen, com o braço na

parte inferior colocado sob o corpo e o de cima flexionado na altura do ombro e do cotovelo;

16.2 joelhos flexionados com a perna voltada para cima mais flexionada; usada para exame do reto ou da vagina;

17. posição prona
    17.1 o paciente é deitado ou deita sobre o abdômen com a cabeça virada de lado;
    17.2 usada para exame da articulação do quadril e do tórax posterior;
18. posição de litotomia
    18.1 o paciente fica em posição deitado dorsal com as nádegas na extremidade da mesa de exames e os calcanhares em estribos (suportes superiores ao nível da mesa);
    18.2 usada para exames da genitália feminina e do reto;
19. posição jejunopeitoral
    19.1 o paciente fica de joelhos, com o corpo a um ângulo de 90º no quadril, de costas para o examinador e braços acima da cabeça;
    19.2 usada para exames do ânus e reto;
20. após exame, deixar o paciente em posição segura e confortável;
21. retirar as luvas e/o EPI se utilizado;
22. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
23. registrar no prontuário o posicionamento do paciente para determinado exame, tolerância do paciente na posição e dados encontrados;
24. assinar e carimbar.

FIM

Título: Mudança de decúbito em paciente adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.3	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 04 ASR

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
A cada 2 horas.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Domicílio.

Condições necessárias:

03 travesseiros;
01 cobertor;
EPIs para precaução padrão ou de acordo com as vias de transmissão;
04 luvas de procedimento, se precauções de contato;
01 colega para ajudar (opcional);
01 impresso próprio e uma caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3**.**

Resultado esperado:
Promover o conforto. Prevenção de úlceras por pressão com alívio da pressão localizada, melhoria da mobilidade, da percepção sensorial, da perfusão, minimização das forças de atrito e cisalhamento e superfícies secas em contato com a pele.

Em caso de não conformidade:
Em caso de impedimento à mudança de posição do paciente pedir a reavaliação do mesmo pelo enfermeiro.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Luciana Pereira Carvalho Raquel Corradi Magalhães Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Julho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE		Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.3	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:

KOCH, Rosi Maria. T**écnicas básicas de enfermagem.** 18. ed. Curitiba: Século XXI, 2001, 151 p.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. vol. II. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.1726p.

SWEARINGEN, Pamela L; HOWARD, Cheri A. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001. 657p.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando o motivo; esclarecer como o atendimento será prestado e as necessidades atendidas;
4. avaliar o paciente quanto ao risco de contato direto com secreção, excreções, sangue, feridas e definir EPI necessário;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar o material;
7. calçar luvas de procedimento, vestir EPI e pedir ajuda ao colega se necessário;
8. ajustar a cabeceira da cama para a posição plana e colocar a cama ao nível de sua cintura; abaixar a grade mais próxima e levantar a outra

8.1 posicionar o paciente mais próximo do lado oposto da cama em supino (decúbito dorsal);

8.2 colocar os braços do paciente sobre o peito do mesmo e cruzar a perna mais distante do paciente sobre a mais próxima;

8.3 ficar em pé, em posição oposta ao centro do paciente, com seus pés afastados um a frente do outro; enrijecer os músculos glúteos e abdominais e flexionar s joelhos;

8.4 posicionar as mãos no ombro e no quadril mais distante do paciente e fazê-lo rolar em direção a você;

8.5 deixar o paciente confortável e posicioná-lo em alinhamento apropriado;

8.6 reajustar a cama e levantar as grades laterais;

9. reposicionar o paciente de acordo com a freqüência estabelecida no plano de cuidado de enfermagem e conforme solicitação do paciente;
10. evitar o trauma à pele do paciente oriundo de pressão, fricção ou força de cisalhamento;
11. o paciente deve ser posicionado em decúbito lateral, ventral e dorsal em seqüência, a menos que uma posição não seja tolerada ou esteja contra-indicada;
12. além da mudança regular, devem ocorrer pequenos deslocamentos do peso corporal, como o reposicionamento de um tornozelo, cotovelo ou ombro e a pele deve ser avaliada a cada mudança de posição;
13. se o paciente se queixar de desconforto, a pressão sobre a área deve ser aliviada;
14. pode-se empregar um travesseiro ou um protetor de calcanhar para apoiar os calcanhares fora

do leito quando o paciente estiver em decúbito dorsal;
15. posicionar travesseiros superior e inferiormente ao sacro para aliviar a pressão sacral;
16. sustentar o paciente em uma posição de decúbito lateral a 30º para evitar a pressão sobre o trocater;
17. no paciente idoso, deslocamentos pequenos e freqüentes do peso corporal podem ser efetivos;
18. esquemas individualizados de posicionamento e mudança de decúbito devem ser seguidos com rigor desde que o paciente tolere e seu estado permita;
19. reduzir qualquer pressão sobre pontos do corpo, principalmente nas proeminências ósseas, evitando a superposição dos membros;
20. retirar luvas de procedimento e capote se utilizado;
21. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. anotar no prontuário o procedimento realizado, posição adotada, as condições da pele e a tolerância do paciente;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Imobilização do paciente no leito

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.4	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica ou do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulância.

Condições Necessárias:
1 paciente acamado agitado e sem acompanhante;
1 atadura de 15 cm;
1 lençol;
1 rolo de esparadrapo;
2 alfinetes de segurança se RN;
2 luvas de procedimento;
EPI conforme precaução padrão ou de acordo com via de transmissão;
1 impresso de anotação de enfermagem;
1 "porção" de algodão seco;
1 pedaço de tecido;
1 tala rígida (opcional);
1 tesoura.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Limitar os movimentos do paciente para garantir sua segurança em momentos de agitação como último recurso.

Em caso de não conformidade:
Verificar existência de riscos à integridade do paciente e solicitar ao enfermeiro ou médico a reavaliação da conduta.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Junho de 2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Maria Olímpia Piedade	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Julho/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Imobilização do paciente no leito

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.4	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da Bibliografia consultada:
POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** vol. II. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1726p.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. avaliar e determinar a necessidade de dispositivo de contenção; avaliar a condição, o comportamento e o estado mental do paciente;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, reforçando o motivo; esclarecer como o atendimento será prestado e as necessidades atendidas e esclarecer tratar-se de medida temporária;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar o material (desenrolar a atadura e cortá-la em 3 partes no sentido do comprimento);
7. calçar luvas de procedimento e vestir EPI se necessário;
8. escolher o tipo de dispositivo menos restritivo que permita o maior grau de mobilidade possível;
9. se contenção de extremidades
   - 9.1 garantir que 02 dedos da mão possam ser inseridos entre o elemento de contenção e o punho ou tornozelo do paciente;
   - 9.2 manter extremidade contida na posição anatômica normal;
   - 9.3 usar amarra apropriada para todos os tipos de contenção com atadura;
   - 9.4 amarrar o dispositivo com atadura à estrutura da cama e não nas suas laterais. O local não deve estar ao alcance do paciente;
10. se contenção do tórax (utilizar apenas como último recurso)
    - 10.1 atravessar um lençol dobrado sobre o tórax do paciente;
    - 10.2 amarrá-lo na estrutura da cama;
    - 10.3 garantir um pequeno espaço entre o lençol e o tórax do paciente;
11. se contenção de bebê (contenção-múmia)
    - 11.1 utilizar um lençol e abri-lo sobre a cama ou berço com uma ponta dobrada em direção ao centro;
    - 11.2 colocar a criança no lençol com os ombros na dobra e os pés em direção à ponta oposta;
    - 11.3 com o braço direito da criança esticado para baixo na linha do corpo, o lado direito do lençol é puxado firmemente passando pelo ombro direito e o tórax e preso por baixo do lado esquerdo do corpo;
    - 11.4 o braço esquerdo é colocado esticado contra o corpo, e a parte esquerda do lençol é trazida passando pelo ombro e pelo tórax e presa por baixo do lado direito do corpo da criança;
    - 11.5 a ponta inferior é dobrada e trazida cruzando o corpo, enfiada e presa firmemente com

Título: Imobilização do paciente no leito

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 01.4	VDTE 016009		3 de 3

alfinetes de segurança;

12. se contenção de mãos (luvas de contenção): luvas sem dedos para restringir as mãos do paciente (“boneca”)
    - 12.1 dobrar um tecido e enrolá-lo de forma a caber na mão semi-fechada do paciente e enrolar no algodão;
    - 12.2 colocar algodão entre os dedos e enrolar o conjunto com atadura sem garrotear;
    - 12.3 prender a atadura com tiras largas de esparadrapo estendendo sobre as pontas dos dedos;
13. se contenção de cotovelo
    - 13.1 usada em lactentes e crianças;
    - 13.2 imobilizar a articulação utilizando um pedaço de tecido ou atadura envolvendo uma tala rígida;
14. retirar o dispositivo, no mínimo, a cada 02 horas conforme a necessidade do paciente
    - 14.1 verificar sinais de circulação diminuída ou prejuízo da integridade da pele;
    - 14.2 fazer exercícios de amplitude de movimentos antes da reaplicação do dispositivo;
15. investigar sinais de privação sensorial, como aumento do sono, sonho acordado, ansiedade, pânico e alucinações;
16. deixar o paciente seguro e confortável no leito;
17. retirar luvas de procedimento e capote se utilizado;
18. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
19. registrar no prontuário data, hora, motivo da contenção, a medida tomada, tipo de contenção;
20. assinar e carimbar.

FIM

Título: Auxílio na deambulação de pacientes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.1	VDTE 016009		1 de 2

CLASSE 04 ASR

Quem:
Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

Quando:
De acordo com a orientação do enfermeiro ou prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
02 luvas de procedimento, se paciente em precauções de contato;
01 andador com suporte de soro ou drenos com rodas (André - móvel) ou
1 suporte de soro com rodas

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Deambulação precoce do paciente, estimulando seu rápido restabelecimento e ou prevenindo complicações.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente apresente tonteira, lipotímia, dor, dispnéia ou outros sinais e sintomas, pedir reavaliação do enfermeiro.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Maria Bárbara Alves dos Santos	Enfermeira		Fevereiro/2007
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Elisabete Silva Peixoto Érika Fernanda Ferreira Silva Thaís Ferreira de Lourdes Carneiro Lucia F. R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora		Março/2007 Março/2007 Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Auxílio na deambulação de pacientes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.1	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** vol. II. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1726p.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem:** A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. identificar o paciente através da pulseira;
2. levar o andador (André - móvel) ou suporte de soro com rodinhas para perto do leito;
3. explicar e solicitar a colaboração para realizar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. calçar as luvas de procedimento, se existir risco do contato com pele não íntegra e na presença de secreções, excreções, sangue e fluidos;
6. descobrir o paciente sem deixá-lo exposto;
7. verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistemas para infusão intravenosa;
8. ajudar o paciente a sentar-se na cama. Observar as reações do paciente (caso apresente mal estar, deitá-lo novamente);
9. posicionar-se frente ao paciente e solicitar que o mesmo apóie em seu ombro;
10. colocar as mãos na cintura do paciente e auxiliá-lo a ficar de pé;
11. observar as reações do paciente (caso apresente mal estar, sentá-lo novamente);
12. colocar os sistemas de infusão venosa e/ou drenagem no suporte;
13. orientar o paciente e/ou acompanhante quanto aos cuidados com drenos, bolsas coletoras e sistema para infusão intravenosa;
14. caminhar ao lado do paciente até que o mesmo se sinta seguro para andar sozinho;
15. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
16. ficar atento ao paciente até que o mesmo retorne ao leito;
17. registrar no prontuário a data, hora e como o paciente tolerou o procedimento;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Transferência de pacientes: do leito para cadeira e da cadeira para leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.2	VDTE 016009		1 de 3

CLASSE 04 ASR

Quem:
Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

Quando:
de acordo com a orientação do enfermeiro, do médico ou quando um paciente precisar ser transportado para realização de procedimento e/ou transferências.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Cadeira comum ou de rodas limpa e desinfetada;
escadinha (se necessário);
2 luvas de procedimentos, se paciente em precauções de contato.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Movimentação e transporte do paciente com segurança, conforto e livre de danos.

Em caso de não conformidade:
Comunicar ao enfermeiro responsável pelo turno de trabalho.

Bibliografia consultada: Continua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Lei n. 7.498,** 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008
KOCH, R.M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 14. ed. Curitiba: Século XXI, 1996, cap.12, p.54.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Maria Bárbara Alves dos Santos	Enfermeira		Fevereiro/2007
Avaliado por	Elisabete da Silva Peixoto Érika Fernanda Ferreira Silva Lúcia F.R. Moreira Thaís Ferreira de Lourdes Carneiro Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira		Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Transferência de pacientes: do leito para cadeira e da cadeira para leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.2	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

Passar o paciente da cama para cadeira

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. explicar o procedimento ao paciente, solicitando a colaboração do mesmo, se estiver em condições;
3. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
4. preparar a cadeira comum ou cadeira de rodas;
5. calçar as luvas de procedimento, se necessário;
6. descobrir o paciente sem deixá-lo exposto;
7. posicionar a cadeira paralelamente à cama;
8. travar as rodas da cadeira ou solicitar alguém para segurá-la;
9. assentar o paciente na cama ou auxiliá-lo a assentar-se;
10. observar o estado geral do paciente (caso apresente mal estar, deitá-lo novamente);
11. calçar ou auxiliar o paciente a calçar o chinelo;
12. levantar o paciente, solicitar que apoie as mãos no seu ombro e segurá-lo pela cintura;
13. virar ou solicitar que o paciente se vire e assentá-lo na cadeira;
14. posicionar o paciente confortavelmente, agasalhando-o com uma manta ou cobertor, se necessário;
15. posicionar corretamente drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
16. verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário;
17. deixar o ambiente em ordem;
18. retirar as luvas de procedimento e higienizar às mãos conforme NT CCIH 002;
19. registrar no prontuário a data, hora e como o paciente tolerou o procedimento;
20. assinar e carimbar.

Passar o paciente da cadeira para cama

1. Explicar o procedimento ao paciente, solicitando a colaboração do mesmo, se estiver em condições;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. calçar as luvas de procedimento, se necessário;
4. elevar a cabeceira do leito a 75 graus;
5. posicionar a cadeira paralelamente junto aos pés da cama;
6. travar as rodas da cadeira ou solicitar alguém para segurá-la;
7. verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;

Título: Transferência de pacientes: do leito para cadeira e da cadeira para leito

8. levantar ou auxiliar o paciente a se levantar, segurando-o pela cintura e solicitando que apóie no seu ombro;
9. pedir ao paciente que suba na escadinha;
10. assentar ou ajudar o paciente a se assentar na cama;
11. tirar o chinelo do paciente;
12. deitar (se o mesmo desejar), abaixar a cabeceira do leito e deixá-lo confortável;
13. posicionar corretamente os drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
14. verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário;
15. retirar as luvas de procedimento e higienizar às mãos.

FIM

Título: Transferência de pacientes: de cadeira para cadeira

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.3	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Quando:
De acordo com a orientação do enfermeiro ou quando um paciente precisar ser transportado para realização de procedimento e/ou transferências.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Cadeira comum limpa e desinfetada;
Cadeira de rodas;
2 luvas de procedimento, se paciente em precauções de contato**.**

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Movimentação e transporte do paciente com segurança, conforto e livre de danos.

Em caso de não conformidade:
Comunicar ao enfermeiro responsável pelo turno de trabalho.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCH, R.M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem. 1**4 ed. Curitiba: Século XXI, 1996. cap.12, p.54.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice- Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Érika Fernanda Ferreira Silva	Enfermeira		Agosto/2008
Avaliado por	Elisabete da Silva Peixoto Lúcia F.R. Moreira Thaís Ferreira de Lourdes Carneiro Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira		Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE/Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Transferência de pacientes: de cadeira para cadeira

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.3	VDTE 016009		2 de 2

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

Passar o paciente da cadeira comum para cadeira de rodas

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente, solicitando a colaboração do mesmo, se estiver em condições;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. calçar as luvas de procedimento, se necessário;
6. posicionar uma cadeira paralelamente à outra;
7. travar as rodas da cadeira ou solicitar alguém para segurá-la;
8. verificar a existência de drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa, tomando os devidos cuidados com os mesmos;
9. levantar o paciente, solicitar que apoie as mãos no seu ombro e segurá-lo pela cintura;
10. auxiliar o paciente a sentar-se na outra cadeira;
11. posicionar o paciente confortavelmente, agasalhando-o com uma manta ou cobertor, se necessário;
12. posicionar corretamente drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
13. verificar as reações do paciente e sinais vitais, se necessário;
14. deixar o ambiente em ordem;
15. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
16. registrar no prontuário a data, hora e como o paciente tolerou o procedimento;
17. assinar e carimbar.

FIM

Título: Transferência de pacientes: do leito para maca e da maca para o leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.4	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Quando:
de acordo com a orientação do enfermeiro ou médico, ou quando um paciente precisar ser transportado para realização de procedimento e/ou transferências.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
06 a 08 luvas de procedimento (na dependência do número de pessoas a realizar o transporte e se paciente em precauções de contato);
1 maca de transporte;
1 suporte de soro;
2 lençóis.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Movimentação e transporte do paciente com segurança, conforto e livre de danos.

Em caso de não conformidade:
Comunicar ao enfermeiro responsável pelo turno de trabalho.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Maria Bárbara Alves dos Santos	Enfermeira		Fevereiro/2007
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Elisabete da Silva Peixoto Érika Fernanda Ferreira Silva Lúcia F.R. Moreira Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Março/2007 Março/2007 Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE/Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Transferência de pacientes: do leito para maca e da maca para o leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.4	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008
KOCH, R.M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 14 ed. Curitiba: Século XXI, 1996, cap.12, p.54.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice- Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente a ser transportado através da pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. solicitar auxílio de mais 3 profissionais;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. calçar as luvas de procedimento, se necessário;
7. descobrir o paciente sem deixá-lo exposto;
8. verificar a existência de tubos, drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
9. desprender o lençol móvel e enrolar as pontas até bem próximo do paciente;
10. clampar os drenos, sondas ou soros, se houver, e colocá-los sobre o paciente. em caso de soroterapia/medicamentos por bomba de infusão, transportar com o suporte adequado;
11. para transportar o paciente
    - 11.1 com o auxílio do lençol
      - 11.1.1 aproximar a maca e cama paralelamente entre si;
      - 11.1.2 posicionar 2 pessoas de cada lado da cama/maca;
      - 11.1.3 segurar o lençol de maneira que os braços dos transportadores fiquem alternados no meio e a cabeça do paciente apoiada;
      - 11.1.4 passar o paciente em um só movimento para cama ou maca (um membro da equipe conta até três em voz alta e toda equipe move o paciente no três);
    - 11.2 sem o auxílio do lençol
      - 11.2.1 posicionar a maca paralelamente á cama;
      - 11.2.2 posicionar-se ao lado da cama/maca;
      - 11.2.3 verificar a presença de tubos, drenos, bolsas coletoras e sistema de infusão intravenosa;
      - 11.2.4 oferecer apoio à região torácica, região lombar e o terço inferior das coxas do paciente;
      - 11.2.5 elevar o paciente e com um movimento simultâneo, transportá-lo cuidadosamente para maca ou cama;
12. abrir, conferir e posicionar soros, drenos e sondas, se houver;
13. posicionar o paciente de forma segura e confortável;
14. deixar o leito em ordem e retirar a maca;

Título: Transferência de pacientes: do leito para maca e da maca para o leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 02.4	VDTE 016009		3 de 3

15. retirar as luvas de procedimento;
16. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. registrar no prontuário a data, a hora, para onde o paciente foi encaminhado (exames, transferência) ou sua procedência;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Transporte de pacientes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 03.1	VDTE 016009	1ª em 01/2010	1 de 4

CLASSE 04 ASR

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Durante o transporte do paciente de um setor/unidade para outro dentro do Hospital das Clínicas, para alta hospitalar ou para exames/transferências em/para outra instituição.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Serviços de Diagnóstico e Propedêutica e Terapêutica, Ambulatório e Ambulância.

Condições necessárias: vide página 2/4.
Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4 a 4/4.

Resultado esperado:
Transporte do paciente com segurança, conforto e pronto atendimento em caso de intercorrências.

Em caso de não conformidade:
Em caso de suspensão do transporte, comunicar aos enfermeiros da Unidade do paciente e do setor de transporte, ao paciente e/ou acompanhante. Registrar o motivo da suspensão do procedimento no prontuário.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

Condições necessárias:

Histórico da revisão:
em janeiro/2010, devido a reestruturação do setor de equipamentos o qual incorporou o transporte de pacientes, a ITT sofreu alteração no título e ajustes nos itens 2, 6, 8 e 10 da descrição da instrução de trabalho. Foi excluído o item 8 da versão anterior o qual foi incorporado ao item 7.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Outubro/2008 Janeiro/2009
Avaliado por	Cláudia Melo Franco Lucia F.R. Moreira Rosana Lima de Souza	Enfermeira Professora Enfermeira		Outubro/2008 Janeiro/2009
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE titular		Fevereiro/2009
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Março/2009
Revisado por	Lívia S.O. Librelon Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Viviane Rosado Leonor Gonçalves	Enfa. setor de transporte Enfa Comissão ITTs Enfa. Presidente ITTs Enfermeira CCIH VDTE Titular		Janeiro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Transporte de pacientes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 03.1	VDTE 016009	1ª em 01/2010	2 de 4

Bibliografia Consultada:

01 cama ou maca com rodas, grades laterais e suporte de soro ou 01 cadeira de rodas com suporte de soro, limpas e desinfetadas;
01 lençol ou 01 virol e 1 cobertor (se adequado);
pedido para exame ou a marcação do mesmo.
prontuário do paciente;
sumário de alta;
02 luvas de procedimento;
Condições Necessárias a serem adicionadas de acordo com as condições do paciente:
01 capote para o funcionário;
01capote para paciente;
01 capote para o paciente;
02 luvas de procedimento para o paciente;
01 máscara cirúrgica ou máscara n. 95;
01 cilindro de oxigênio carregado e com fluxômetro;
01 extensor de silicone para oxigênio ou 01 tubo corrugado;
01 máscara facial para oxigenioterapia;
01 umidificador ou 01 copo de macronebulização;
01 AMBU de tamanho adequado ao paciente;
01 máscara para o AMBU;
01 maleta de transporte (material/medicamento);
01 oxímetro de pulso de transporte ou monitor se possível;
01 bomba de infusão.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
Hospital Geral Bonsucesso. CCIH **– Manual de Controle de Infecções Hospitalares do HGB.** Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/pag1.asp. Acesso em : outubro de 2008.
JAPIASSÚ, A.M. **Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Graves.** RBTI – Revista Brasileira Terapia Intensiva. Artigo de revisão. vol.17, n.3, jul./set. 2005. p. 217-220.
PEREIRA JUNIOR, G.A.; NUNES, T.L.; BASILE-FILHO, A**. Transporte do paciente crítico.** Medicina, Ribeirão Preto, 34, 143-153, abr./jun. 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Informar-se sobre o destino, propósito e a condição atual do paciente, inclusive se está sob precauções de contato, ar ou perdigoto;
2. receber o prontuário, os documentos pertinentes e o material/medicamento necessário conforme a condição do paciente;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
5. explicar ao paciente e/ou acompanhante a finalidade do transporte e como será realizado;
6. certificar com o enfermeiro do turno: a liberação do paciente para o transporte, se existe alguma restrição de movimentação em partes ou no todo, a ciência ou o "de acordo" do destino e para quem vai entregar ou passar o paciente, se vai ser necessário acompanhamento de familiar ou outro profissional (ex: técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, assistente social, fisioterapeuta) e a necessidade de administração de medicamentos já prescritos, durante a

Título: Transporte de pacientes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 03.1	VDTE 016009	1ª em 01/2010	3 de 4

ausência do paciente da Unidade/Hospital;

7. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e colocar os EPIs
   7.1 para pacientes que não ofereçam risco de transmissão de infecção, calçar luvas de procedimento;
   7.2 para pacientes em isolamento ou precaução de contato, vestir capote e calçar luvas de procedimento;
   7.3 para pacientes em isolamento respiratório colocar máscara cirúrgica se paciente estiver em precaução por gotículas. Usar a máscara N95 ou similar – PPF2, se paciente em precauções por aerossóis;
8. paramentar pacientes que ofereçam risco de transmissão de infecção
   8.1 Pacientes em isolamento ou precaução de contato, vestir capote e calçar luvas de procedimento;
   8.2 pacientes em precaução por aerossóis ou gotículas, devem utilizar máscara cirúrgica;
9. ajudar ou transferir o paciente para a cadeira de rodas ou maca conforme as ITTs correspondentes; algumas Unidades possuem camas/leitos que podem ser usados também para o transporte;
   09.1 cuidados a serem verificados:
      09.1.1 se em uso de oxigênio: por qual meio (cateter, máscara, taqueostomia, tubo orotraqueal), a fixação do dispositivo, o fluxo do O2, ausência de dobras na extensão, frequência respiratória do paciente, saturímetro com bateria carregada (se adequado);
      09.1.2 se com acesso salinizado ou em soroterapia: fixação do dispositivo, velocidade de infusão X quantidade no frasco, presença de retorno de sangue e ausência de dobras na linha de infusão;
      09.1.3 se com bomba de infusão: bomba com bateria carregada, velocidade de infusão X quantidade restante, se a droga que está sendo infundida pode ser suspensa temporariamente ou não;
      09.1.4 se sondas ou drenos: fixação do dispositivo, se abertos ou fechados, altura máxima permitida para o frasco de drenagem, extensão livre de dobras e velocidade de drenagem X espaço disponível no frasco;
      09.1.5 se em monitorização cardíaca: fixação dos eletrodos, estabilização mínima para o transporte, monitor carregado;
10. em caso de alta hospitalar certificar-se de que o paciente está levando todos os seus pertences;
11. em caso de transferência de setor certificar-se de que estão levando o prontuário, pedidos de exames ou marcação dos mesmos, envelope do RX, medicamentos ou dietas já dispensadas, além de todos os pertences;
12. em caso de pacientes graves instáveis, o elevador deverá ser acionado previamente e já estar disponível;
13. avaliar as condições clínicas do paciente durante o transporte, iniciar o atendimento das intercorrências e buscar ajuda do pessoal do setor de origem ou de destino do paciente quando adequado;
14. entregar o paciente, o prontuário, os documentos, os pertences ou a medicação (conforme cada caso) no setor de destino e/ou ao profissional/familiar responsável pelo recebimento e passar as informações cabíveis;
15. aguardar a liberação do material ou equipamento pertencente ao setor de origem e encaminhar ao expurgo do mesmo;

Título: Transporte de pacientes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 03.1	VDTE 016009	1ª em 01/2010	4 de 4

16. retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. registrar no prontuário (impresso de observação de enfermagem) e/ou em livro de relatório da unidade (em caso de transporte sem volta), a data, hora, local de destino, propósito, condição do paciente, se levou pertences, familiares presentes ou não e a quem entregou;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Encaminhamento do corpo

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 03.2	VDTE 016009	1ª em 03/2010	1 de 2

CLASSE 04 ASR

Quem:
Técnico de enfermagem, Auxiliar de enfermagem e funcionário do transporte da Unidade Funcional Infra Estrutura (UFIE).

Quando:
Após o preparo do corpo.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo e Centro Cirúrgico, Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Corpo preparado e identificado na maca com grades ou na geladeira do bloco obstétrico, se RN;
pedido de necropsia, quando for o caso;
04 luvas de procedimento;
02 máscaras comuns;
01 caixa pequena com tampa, se RN.
02 aventais descartáveis;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado: vide página 2/2

Em caso de não conformidade:
Em caso de queda do corpo durante o transporte, inspecioná-lo e verificar necessidade de novo preparo. Em caso de ainda não estar preenchido o pedido de necrópsia ou declaração de óbito, certificar-se do destino do corpo com o enfermeiro do turno.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:
em março de 2010, devido adequações nas normas de óbito da instituição, foram feitas alterações nos itens: condições necessárias e 2, 6, 7, 8, 9,10 e 11 da descrição da instrução de trabalho. Foi acrescentado um novo item na descrição da instrução de trabalho.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Érika Fernanda Ferreira Silva Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeiro Enfermeiro		Outubro/2008 Dezembro/2008
Avaliado por	Gislene Canazart Cláudia Melo Franco Carmelita Angélica Campos	Enfermeiro Enfermeiro Comissão de óbitos		Outubro/2008 Outubro/2008 Dezembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Janeiro/2009
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por	Maria de Fátima S. Fonseca Cláudia M. de M. Franco Silva Antonieta Lourdes de Souza Janita Ferreira Leonor Gonçalves	Setor de transporte da UFIE Enfª. coord. comissão ITT Enfa. Comissão ITTs Enfa. CCIH VDTE Titular		Março/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Encaminhamento do corpo

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 03.2	VDTE 016009	1ª em 03/2010	2 de 2

Resultado esperado:
Transporte do corpo com segurança, devidamente identificado e embalado.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7 498,** 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Unidade Funcional Infra-estrutura. **Norma Administrativa para encaminhamento do corpo pós – morte ao Necrotério e Sala de Necrópsia.** Belo Horizonte, 2009.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice- Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Geral.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Comunicar à secretaria administrativa (dias úteis – diurnos) ou ao plantão administrativo (noturno, feriados e final de semana), que o corpo já esta pronto para o transporte;
2. entregar os pertences aos familiares ou (caso a família não esteja presente) acondicionar todos os pertences do falecido em saco plástico lacrado, identificado e encaminhar junto com o corpo para o Necrotério;
3. aguardar a chegada do funcionário do transporte da UFIE no setor/unidade onde se encontra o corpo;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. vestir o avental descartável, colocar máscara comum e as luvas de procedimento e oferecer o mesmo material ao funcionário do transporte da UFIE;
6. se RN, natimorto ou feto morto colocar o corpo dentro da caixa e fechá-la;
7. em caso de feto morto e natimorto, a placenta deverá acompanhar o corpo, dentro da caixa; em caso de óbito de RN ocorrido até no 7º dia de vida, a placenta (que se encontra na geladeira do centro obstétrico) também deverá ser encaminhada ao necrotério/necrópsia, junto com o corpo;
8. de acordo com o pedido de necrópsia ou declaração de óbito transportar o corpo para o Necrotério/Necrópsia, sempre acompanhado do funcionário do transporte da UFIE:
9. transferir o corpo para a geladeira do Necrotério ou Sala de Necrópsia;
10. descartar o lençol velho (do kit de óbito) no recipiente exclusivo (saco preto) e o EPI no lixo identificado como infectante (saco branco); neste caso a enfermagem descartará apenas a máscara;
11. o funcionário do transporte anotará no livro de controle do necrotério/necropsia a data do óbito, nome e setor de origem do corpo, horário de encaminhamento do corpo e constará o seu nome legível no local apropriado;
12. o funcionário da enfermagem deverá retornar com a maca ou a caixa com tampa (se lavável) para o expurgo do setor de origem e lavar ou fazer a desinfecção das mesmas, conforme ITT correspondente;
13. retirar o EPI e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. registrar no impresso de observação de enfermagem do prontuário e no livro de relatório a data, hora, destino do corpo e se os pertences foram entregues aos familiares pessoalmente ou se deixados no necrotério;
15. assinar e carimbar.

FIM

Título: Promoção de sono e repouso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 04.1	VDTE 016009		1 de 2

CLASSE 04 ASR

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
À noite e sempre que houver prescrição médica ou do enfermeiro para repouso absoluto.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Domicílio.

Condições Necessárias:
01 Cama com lençóis limpos, secos e esticados; ambiente silencioso e penumbra.
01 travesseiro, coxins e ou almofadas;
ventilação ambiental adequada;
01 vestimenta para paciente confortável e frouxa;
01 cobertor, quando a temperatura ambiente estiver baixa, no pós-operatório imediato e em casos de hipotermia;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2

Resultado esperado: Promover o conforto, prevenir e aliviar o desconforto, assegurar o repouso e ajudar o paciente a obter uma quantidade de sono adequada para o atendimento de suas necessidades, proporcionando saúde e bem estar.

Em caso de não conformidade:
Se houver necessidade de um atendimento de urgência próximo, procurar ser o mais rápido e discreto possível.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett Reis Maria de Fátima S. de Souza e Silva Denise Ferreira	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett Reis Maria de Fátima S. de Souza e Silva Denise Ferreira		04/05/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Lúcia F.R. Moreira Rosana Lima de Souza	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Novembro/06 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/06 Setembro/08
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Promoção de sono e repouso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ASR 04.1	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

DU GÁS, B.W. **Enfermagem Prática.** 4º ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan S.A. 1988.

MINOR, M.A.D. e MINOR, S.D. **Sinais Vitais.** In:_____. **Procedimentos e cuidados com paciente.** 4. ed. Rio e Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap.3, pág. 33 – 48.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007**.**

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica ou do enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. abordar o paciente em média trinta minutos antes do horário estipulado para o sono, para realizar os procedimentos inadiáveis;
7. posicionar ou orientar o paciente obedecendo aos princípios da posição anatômica
   7.1 bom alinhamento de todas as partes do corpo;
   7.2 igual distribuição do peso das partes do corpo;
   7.3 máximo espaço para os órgãos internos nas cavidades corporais;
   7.4 articulações em posições funcionais (para andar, pegar objetos, etc.);
8. utilizar travesseiros, coxins, almofadas ou protetores, de acordo com a necessidade ou não de cada um, para reduzir a pressão nas áreas de proeminências ósseas;
9. posicionar ou reposicionar cateteres, sondas ou drenos, se houver;
10. certificar o estado geral do paciente assegurando o bem-estar físico;
11. desligar equipamentos em uso pelo paciente, como televisores, rádios e telefones celulares;
12. diminuir a luminosidade, permitindo a observação do paciente e a realização de procedimentos de rotina;
13. falar em voz baixa;
14. evitar atritos de chaves no bolso;
15. evitar arrastar sapatos e bater o estetoscópio nas grades das camas, mesas e cadeiras;
16. atentar para a mudança de decúbito durante a noite, acordar o paciente para fazê-lo;
17. explicar ao paciente e ou familiar a origem dos ruídos existentes;
18. não permitir que acompanhantes ou outros se sentem no leito;
19. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
20. registrar no prontuário a data, a hora, o quadro de consciência e vigília;
21. assinar e carimbar.

FIM

Instrução de Trabalho Técnico

CLASSE
05
CCO

Necessidade humana básica - Cuidado Corporal

Título: Higiene oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com prescrição de enfermagem.

Onde:
Na unidade onde o paciente está sendo assistido.

Condições necessárias:
01 pacote de gaze estéril;
02 luvas de procedimento;
01 pacote de higiene oral;
01 copo com água;
01 pedaço de tecido limpo (trapo);
01 escova de dente;
01 abaixador de língua;
5 ml de vaselina líquida;
cânula de Guedel (opcional);
solução anti-séptica, dentifrício ou a que estiver prescrita.
01 aspirador montado (opcional);

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Limpeza da cavidade oral e conservação dos dentes do paciente;
Prevenir halitose, formação de crostas e infecção;
Combater infecção já instalada. Proporcionar conforto e bem estar ao paciente.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ângela Aparecida de Lima Eunice Soares Pinto Kelli Cristina Soares Ferreira Márcia Alves Sarmento Márcia Marques Santos Rosângela Oliveira Santos Vanise Alessandra Freitas Passos	Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Técnica de Enfermagem Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Maria Olimpia Piedade Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Junho/2006 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

CLASSE 05 CCO

Título: Higiene oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.1	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
No caso de instabilidade clínica comunicar ao enfermeiro e ao médico;
Recusa do paciente, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada:
ALEXANDRE, N.M.C. **Procedimentos básicos de enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2000.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. verificar a prescrição médica e de enfermagem;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. colocar o material sobre o criado da unidade do paciente;
7. colocar o paciente em posição de fowler, preferencialmente, e colocar o tecido sobre o tórax do paciente;
8. fazer a higiene oral lembrando que em pacientes plaquetopênicos é contra indicado o uso de escovas, deve-se enrolar o dedo em uma gazinha e limpar os dentes
   - 8.1 pacientes independentes
     - 8.1.1 instruir o paciente sobre o modo correto de como fazer a escovação, escovando o dente de cima para baixo e de baixo para cima e escovar a língua, as próteses dentárias devem ser retiradas escovadas e enxaguadas em água corrente;
     - 8.1.2 colocar a cuba ao alcance do paciente;
     - 8.1.3 oferecer água para bochechar, em pacientes com dificuldades para executar o bochecho ou com risco de aspiração, proceder ao enxágüe com gaze embebida na solução indicada;
     - 8.1.4 orientar a cuspir na cuba;
     - 8.1.5 repetir as duas etapas anteriores quantas vezes forem necessárias;
     - 8.1.6 oferecer o tecido para secar a boca;
     - 8.1.7 enxaguar, secar e guardar a escova;
   - 8.2 pacientes dependentes
     - 8.2.1 calçar as luvas de procedimento e lateralizar a cabeça do paciente - para pacientes neurológicos com lesão cervical fazer a higiene sem mobilizar a cabeça;
     - 8.2.2 usar a cânula de Guedel ou abaixador de língua para abrir a boca do paciente;
     - 8.2.3 aproximar a cuba da boca do paciente;
     - 8.2.4 usar a pinça para adultos e o dedo para lactentes e neonatos com gaze embebida na solução indicada e limpar a cavidade oral, evitar encharcar a gaze prevenindo aspi-

Título: Higiene oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.1	VDTE 016009		3 de 3

ração, em paciente entubado higienizar a língua abaixo do tubo. Se necessário, usar o aspirador;

8.2.5 enxugar a boca com o tecido;

8.2.6 umedecer os lábios com vaselina, se necessário;

8.2.7 deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;

9. levar o material usado para o expurgo;
10. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
11. registrar no prontuário: data e hora da realização do procedimento, condições da cavidade oral e intercorrências;
12. assinar e carimbar.

FIM

Título: Banho de chuveiro

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.2	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com avaliação clínica e prescrição de enfermagem.

Onde:
Unidades de Internação e Pronto Atendimento

Condições necessárias:

01 cadeira de banho, se adequado;
04 luvas de procedimento;
01 capote;
01 toalha de banho;
01 camisola ou pijama;
01 sabonete ou frasco de sabão líquido;
02 compressas limpas ou 02 trapos limpos ou esponja pessoal;
fita adesiva e plástico "se adequado";
xampu;
desodorante;
hidratante corporal;
material para higiene oral (vide ITT correspondente);
suporte de soro, "se adequado"

CLASSE 05 CCO

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ângela Aparecida Lima Eunice Soares Pinto Kelli Cristina Soares Ferreira Márcia Alves Sarmento Márcia Marques Santos Rosângela Oliveira Santos Vanise Alessandra Freitas Passos	Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Técnica de Enfermagem Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Maria Olímpia Piedade Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira Érika Fernanda F. Silva Thais Ferreira de Lourdes Carneiro Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Agosto/2008 Agosto/2008 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Banho de chuveiro

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.2	VDTE 016009		2 de 4

Resultado esperado:
Pele limpa, por remoção mecânica de bactérias aderidas à camada córnea, sujidade e odores desagradáveis.
Circulação da pele estimulada. Paciente relatar sensação de bem-estar**.**

Em caso de não conformidade:
Em caso de alergia aos produtos de higiene utilizados, suspender o uso dos mesmos e comunicar ao enfermeiro.
No caso de recusa ao banho comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
MARYOR, E. R. C., **Manual de Procedimentos e Assistência de Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2003.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Geral.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. verificar a prescrição de enfermagem;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. separar o material;
6. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. calçar as luvas de procedimento;
8. cobrir cateteres, sondas e curativos que não podem ser molhados com plástico fixado por fita adesiva;
9. manter infusões venosas se houver;
10. verificar a temperatura do ambiente;
11. fechar as janelas se necessário;
12. observar o grau de dependência do paciente
    12. 1 paciente independente com capacidade para auto cuidado
        12.1.1 fornecer toalha, camisola ou pijama;
        12.1.2 verificar se o paciente tem: sabonete, xampu, desodorante e creme hidratante. fornecer caso não tenha;
        12.1.3 manter no banheiro uma cadeira de pvc, limpa e desinfetada, para que o paciente se assente durante o banho e/ou venha apresentar intercorrência;
        12.1.4 solicitar ao paciente que se assente no leito. Na ausência de lipotímia, pedir ao

Título: Banho de chuveiro

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.2	VDTE 016009		3 de 4

paciente que se levante;

12.1.5 encaminhar o paciente ao chuveiro;

12.1.6 verificar a temperatura da água com o dorso da mão;

12.1.7 pedir ao paciente para fechar a porta, sem trancar;

12.1.8 orientar higiene oral (vide ITTcorrespondente), corte das unhas e barba, se homem;

12.2 paciente dependente com capacidade de auto cuidado

12.2.1 fornecer toalha, camisola ou pijama;

12.2.2 verificar se o paciente tem: sabonete, xampu, desodorante e creme hidratante. Fornecer caso não tenha;

12.2.3 transportar o paciente ao banheiro em cadeira de banho, previamente limpa e desinfetada (vide ITT correspondente);

12.2.4 orientar higiene oral (vide ITT correspondente) e ajudar, se adequado;

12.2.5 observá-lo durante o banho e ajudá-lo quando necessário;

12.2.6 oferecer a toalha e auxiliá-lo a: secar-se, aplicar o creme hidratante e desodorante e vestir-se, se adequado;

12.2.7 transportá-lo de volta à sua unidade e preferencialmente assentá-lo em uma poltrona;

12.3. paciente dependente sem capacidade de auto cuidado

12.3.1 fornecer toalha, camisola ou pijama;

12.3.2 verificar se o paciente tem: sabonete, xampu, desodorante e creme hidratante. Fornecer caso não tenha;

12.3.3 transportar o paciente ao banheiro em cadeira de banho, previamente limpa e desinfetada (vide ITTcorrespondente);

12.3.4 verificar a temperatura da água com o dorso da mão;

12.3.5 molhar os cabelos, aplicar o xampu e enxaguar;

12.3.6 lavar o rosto e as orelhas do paciente;

12.3.7 realizar higiene oral e barba, se homem (vide ITT's correspondentes);

12.3.8 molhar, ensaboar e enxaguar os ombros, braços e abdome do paciente com a primeira compressa ou trapos limpos;

12.3.9 molhar, ensaboar e enxaguar as coxas e as pernas do paciente;

12.3.10 molhar, ensaboar e enxaguar os pés do paciente;

12.3.11 molhar, ensaboar, enxaguar a região genital do paciente, com a segunda compressa ou trapo limpo;

12.3.12 secar, aplicar o creme hidratante, o desodorante e vestir o paciente;

12.3.13 transportá-lo de volta à sua unidade e preferencialmente assentá-lo em uma poltrona;

13. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. calçar novo par de luvas de procedimento;
15. preparar o leito conforme ITTcorrespondente;
16. transportar o paciente até o leito;
17 pentear os cabelos do paciente e cortar as unhas, se adequado;
18. guardar os pertences do paciente no escaninho do mesmo (pente, escova, sabonete, etc);
18. proceder a higienização da cadeira de banho (vide ITTcorrespondente) e recolher o material deixando o ambiente em ordem;

Título: Banho de chuveiro

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.2	VDTE 016009		4 de 4

19. encaminhar o material utilizado para o expurgo;
20. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. anotar no prontuário data, horário e qualquer intercorrência observada;
22. assinar e carimbar.

FIM

Título: Higiene íntima

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.3	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Na presença de sujidade corporal; quando as condições do paciente não permitirem um banho completo; antes de sondagem vesical; antes de aplicação de medicação endovaginal.

Onde:
Unidades onde o paciente está sendo assistido.

Condições necessárias:

02 luvas de procedimentos;
01 pacote de lavagem externa;
05 unidades de gaze estéril;
20 ml de sabão líquido;
01 jarro com água morna;
02 compressas limpas;
01 comadre;
01 impermeável;
01 lençol móvel;
01 biombo.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Promover a higiene da região perianal, evitando a maceração, dermatite, exposição a agentes irritantes e infecção bacteriana e fungos.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Angela Aparecida Lima Carolina Duarte F. Coelho Eunice Soares Pinto Kelle Christina Soares Ferreira Márcia Alves Sarmento Márcia Marques Santos Rosângela Oliveira Santos Vanise Alessandra Freitas Passos	Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem Técnica de Enfermagem Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Maria Bárbara Alves dos Santos Thaís Ferreira de Lourdes Carneiro Érika Fernanda F. Silva Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Junho/2006 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Higiene íntima

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.3	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Em caso de recusa, comunicar ao enfermeiro.
Em caso de reação ao sabão líquido, trocar o mesmo.

Bibliografia consultada
BORN A. M. T**. Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogarr, 2005.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
KOCK, R. M. **Técnicas básicas de Enfermagem** 18º ed. Curitiba. Século XXI, 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente através da pulseira;
2. verificar a prescrição de enfermagem;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e organizar os materiais no carrinho e transportá-lo até o paciente;
7. proporcionar ambiente privativo ao paciente, se necessário colocar o biombo;
8. proteger a cama com impermeável e móvel;
9. posicionar o paciente (sexo feminino, na posição ginecológica; sexo masculino, em decúbito dorsal);
10. proteger a comadre e colocá-la sob o paciente. Para neo e pediátricos, usar a própria fralda como protetor da cama;
11. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
12. calçar luvas de procedimento;
13. proteger a região pubiana do paciente com compressas;
14. montar a pinça com a gaze;
15. irrigar a genitália do paciente com a água morna;
16. umedecer a gaze com sabão líquido;
    16.1 feminino: afastar, ensaboar e enxaguar os grandes e pequenos lábios, meato urinário, vulva e púbis de cima para baixo chegando até a região perianal; repetir este procedimento até que fique limpo;
    16.2 masculino: levantar o pênis, afastar o prepúcio e expor glande, ensaboar e enxaguar, iniciando pelo meato urinário, em movimentos circulares, até a raiz do membro; repetir este procedimento até que fique limpo;
17. irrigar o local com água morna, retirando todo resíduo de sabão;

Título: Higiene íntima

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.3	VDTE 016009		3 de 3

18. enxugar delicadamente a região genital utilizando compressa limpa;
19. retirar a comadre e desprezar seu conteúdo no vaso sanitário. A fralda deverá ser desprezada no lixo do banheiro;
20. utilizar papel higiênico ou papel toalha para apertar o botão da descarga;
21. recolher o material e encaminhar até o expurgo;
22. deixar a unidade do paciente em ordem;
23. retirar as luvas de procedimentos;
24. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
25. registrar no prontuário a data, hora, aspecto da pele, queixas e características das eliminações, se houve;
26. carimbar e assinar.

FIM

Título: Banho no leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.4	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição e avaliação da enfermagem;
Na percepção e presença de sujidade corporal.

Onde:
Unidade onde o paciente está sendo assistido.

Condições necessárias: vide página 2/4

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 3/4.

Resultado esperado:
Promover a limpeza da pele por remoção mecânica de bactérias aderidas à camada córnea, sujidade e odores desagradáveis;
Estimular a circulação da pele, sensação de bem-estar e prevenção de infecção.

Em caso de não conformidade:
Em caso de alergia ao sabonete suspender o uso do mesmo e comunicar ao enfermeiro;
Em caso de higiene precária.

Bibliografia consultada: vide página 2/4

CLASSE 05 CCO

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ângela Aparecida Lima Eunice Soares Pinto Kelli Cristina Soares Ferreira Márcia Alves Sarmento Márcia Marques Santos Rosângela Oliveira Santos Vanise Alessandra Freitas Passos	Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Técnica de Enfermagem Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Maria Olímpia Piedade Adriana Rosa Ferreira Figueiredo Thaís Ferreira de L. Carneiro Érika Fernanda F. Silva Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		20/06/06 20/06/06 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Julho/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Banho no leito

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: CCO 01.4	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 3

Condições necessárias:

02 lençóis;
02 lençóis móveis;
01 impermeável;
01 fronha;
01 cobertor (opcional);
01 toalha de banho;
01 camisola ou pijama;
02 pedaços de tecido (trapos) limpos;
04 luvas de procedimentos;
01 capote;
01máscara, 01 gorro e 01 óculos (opcionais);
01 fralda descartável;
50 ml de sabão líquido;
material para higiene oral (vide ITT correspondente);
material para higiene íntima (vide ITTcorrespondente);
02 bacias de inox limpas e desinfetadas;
01 jarro com água morna;
01 hamper;
02 biombos;
01 carrinho de curativo.

Bibliografia consultada:

BORN A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogarr, 2005.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. **Técnicas básicas de Enfermagem** 18. ed. Curitiba: Século XXI 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. verificar a prescrição de enfermagem e proceder a avaliação clínica. Ficar atento para os cuidado específicos em paciente com feridas, sondas, cateteres, venóclise, tubos e drenos;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. no caso de pacientes impossibilitados de colaborar, o banho deverá ser feito por duas pessoas;
6. higienizar as mãos conforme (NT CCIH 002);
7. separar e organizar os materiais no carrinho (incluindo as roupas de cama que deverão ser posicionadas na ordem de uso) e transportá-lo até o paciente;
8. proporcionar ambiente privativo ao paciente, se necessário colocar o biombo;
9. posicionar o hamper próximo ao leito do paciente;
10. soltar roupa de cama começando do lado mais distante;
11. higienizar as mãos conforme (NT CCIH 002);
12. preparar a água no jarro à temperatura agradável ao toque que, deverá ser colocada aos poucos nas bacias durante o banho e ser trocada quando estiver fria ou suja;
13. dispor o jarro e as bacias próximos ao leito;
14. colocar os EPI (s);
15. umedecer um dos pedaços de tecido e higienizar os olhos iniciando do ângulo interno para fora, usando partes distintas do tecido;
16. fazer ou auxiliar o paciente a realizar a higiene oral conforme ITT correspondente;

Título: Banho no leito

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: CCO 01.4	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 3 de 3

17. fazer higiene do couro cabeludo conforme ITT correspondente, de acordo com avaliação do enfermeiro ou do executante e vontade do paciente;
18. ensaboar, enxaguar e secar o rosto, as orelhas e o pescoço. Evitar excesso de água. Realizar tricotomia facial se paciente do sexo masculino (vide ITT correspondente);
19. retirar o pijama ou camisola, evitando deixar o paciente exposto (cobri-lo com a toalha, expor os segmentos que serão lavados gradativamente cobrindo-os assim que possível);
20. realizar a técnica iniciando pelo lado oposto do executante;
21. ensaboar, enxaguar, evitar excesso de água e secar os MMSS e axilas do paciente no sentido distal ao proximal com movimentos longos e firmes. Se necessário, as unhas serão cortadas e limpas conforme ITT correspondente;
22. abaixar toalha até o abdome e lavar, evitar excesso de água, enxugar e secar o tórax com movimentos circulares, dando atenção à região infra-mamária;
23. subir a toalha até o tórax e lavar, evitar excesso de água, enxugar e secar o abdome;
24. cobrir o tórax e abdome com um lençol, deixando-o protegido;
25. lavar, evitar excesso de água, enxugar e secar os membros inferiores dos pés à raiz da coxa. Dar atenção aos espaços interdigitais;
26. virar o paciente em decúbito lateral;
27. lavar, evitar excesso de água, enxaguar e secar a região dorsal, inclusive a região glútea;
28. observar condições da pele, em especial sobre as proeminências ósseas;
29. Aplicar creme hidratante distribuindo-o uniformemente sobre a pele;
30. posicionar o paciente em decúbito lateral oposto;
31. lavar, evitar excesso de água, enxaguar e secar o restante do tórax;
32. proteger as costas do paciente com lençol móvel;
33. posicionar o paciente em decúbito dorsal, mantendo-o protegido. Em caso de neonato e pediatria saltar para item 35;
34. colocar a comadre acolchoada sob as nádegas do paciente;
35. proceder à higiene íntima conforme ITT correspondente, se possível, orientar o paciente para que ele mesmo o faça;
36. retirar a comadre, (desconsiderar neo e pediatria);
37. trocar as luvas de procedimento;
38. posicionar o paciente em decúbito lateral;
39. iniciar a troca do lençol a partir da metade livre do leito (vide ITT correspondente);
40. posicionar o paciente em decúbito dorsal;
41. vestir o paciente ou ajudá-lo a vestir-se;
42. terminar de arrumar a cama;
43. pentear os cabelos do paciente;
44. posicionar o paciente confortavelmente. Em caso de paciente lúcido, não esquecer de agradecer sua colaboração;
45. recolher o material deixando o ambiente em ordem;
46. encaminhar o material ao expurgo;
47. retirar luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
48. registrar no prontuário: a data e hora de realização do procedimento, intercorrências, presença de lesões cutâneas;
49. assinar e carimbar.

FIM

Título: Banho do Recém-Nascido - RN e lactente

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.5	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

Quando:
Após seis horas de vida, diariamente ou de acordo com a avaliação do enfermeiro

Onde:
Centro Obstétrico, Unidade de Internação, Unidade Neonatal e CTI Pediátrico;

Condições Necessárias:

2 luvas de procedimento;
1 banheira;
1 fonte de água morna;
50ml de sabão neutro;
1 toalha;
1 cotonete;
1 almotolia com Álcool a 70%;
1 pacote de gazinha;
1 fralda;
1 conjunto de roupa para RN ou criança.
1 manta;

CLASSE 05 CCO

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Higienização da pele e prevenção de infecção.

Em caso de não conformidade:
RN's filhos de mãe HIV positivo ou HbSAg positivo deverão tomar banho logo após o nascimento no Centro Obstétrico. Em caso de sinais de hipotermia, encaminhar o RN para o berço aquecido. Comunicar o médico responsável em caso de queda ou trauma.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gisele pimenta	Enfermeiro		Agosto/08
Avaliado por	Èrika Fernanda Ferreira Silva Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeiro Enfermeiro		Setembro/08
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Banho do Recém-Nascido - RN e lactente

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.5	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008
KENNER, Cabule. **Enfermagem Neonatal.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reechmann e Afonso editores, 2001, p. 104.
REGO, M.A.S.; ANCHIETA, L.M. **As Afecções Perinatais.** In: REGO, M.A.S.; ANCHIETA, L.M. Assistência Hospitalar ao Neonato. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2005, cap. 2, p. 175.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice- Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. lavar a banheira com água e sabão, enxaguar, secar e friccionar álcool a 70%;
3. reunir todo o material inclusive separar a roupa que o paciente vai usar;
4. colocar água morna em quantidade suficiente para cobrir o abdômen do RN;
5. testar a temperatura da água com o interior do antebraço;
6. calçar as luvas;
7. despir a criança;
8. retirar resíduos de urina ou fezes, se houver;
9. envolver a criança com a manta;
10. segurar e manter a criança apoiando sua cabeça e pescoço com uma das mãos e o seu corpo com o antebraço do mesmo lado;
11. lavar o rosto com a água ainda limpa;
12. molhar a cabeça e ensaboá-la;
13. enxaguar a cabeça, secando-a em seguida, assim como o rosto;
14. retirar a manta do RN;
15. colocá-lo na banheira de forma suave, segurando-o pelo ombro e apoiando seu pescoço e tronco com o antebraço, proporcionando segurança;
16. passar o sabão com movimentos suaves, em sentido céfalo-caudal, lavando bem as regiões de dobra (pescoço, axilas, virilha) e enxaguar;
17. virar o RN suavemente, apoiando seu tórax e segurando seu ombro;
18. aplicar o sabão no restante do corpo;
19. retirar o RN da banheira e envolvê-lo com a toalha;
20. secar todo o corpo, atentando para as regiões de dobra;
21. vestir a blusa;
22. fazer o curativo do coto umbilical conforme ITT correspondente;
23. colocar a fralda e o restante da roupa;
24. envolver o corpo do RN com a manta;
25. orientar a mãe quanto ao banho durante o procedimento;

Título: Banho do Recém-Nascido - RN e lactente

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.5	VDTE 016009		3 de 3

26. organizar a unidade;
27. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
28. anotar o cuidado na evolução de enfermagem;
29. assinar e carimbar.

FIM

Título: Higienização dos cabelos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.6	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com prescrição de enfermagem;
Na percepção ou presença de sujidade.

Onde:
No leito do paciente.

Condições necessárias:

01 toalha de banho e de rosto;
sabão líquido ou xampu e condicionador de cabelos;
01 balde ou bacia;
01 jarro com água aquecida;
01 impermeável e um saco plástico;
02 luvas de procedimento;
01 pente ou escova;
01 coxim ou um cobertor;
02 biombos e uma escadinha.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Promover a limpeza do couro cabeludo, estimular circulação local, proporcionar sensação de bem-estar e prevenir infecção.

Em caso de não conformidade:
Em caso de alergia, presença de parasitas, caspas, seborréia ou alterações da integridade cutânea comunicar ao enfermeiro;
Em caso de recusa do paciente, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Caroline Duarte F. Coelho Rosângela Oliveira Santos Vanise Alessandra Freitas Passos	Técnica de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Maria Bárbara Alves Santos Elizabeth Silva Peixoto Lúcia F.R. Moreira Glauciane Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Junho/2006 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Julho/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Higienização dos cabelos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.6	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:
ALEXANDRE, N.M.C. **Procedimentos básicos de enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2000.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição de enfermagem;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. verificar restrições de movimentação da cabeça e pescoço;
6. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. separar e organizar os materiais no carrinho e transportá-los até a unidade do paciente;
8. fechar as janelas e portas para evitar correntes de ar;
9. proteger a unidade do paciente com biombos;
10. posicionar o paciente em decúbito dorsal e abaixar a cabeceira da cama (caso não exista contra-indicação);
11. forrar a cabeceira do leito com impermeável;
12. colocar o balde ou bacia sobre a escadinha e cortar o fundo do saco plástico;
13. fazer uma rodilha com o cobertor e vesti-la com o saco plástico, colocar a parte inferior do saco dentro do balde ou bacia formando um sistema de escoamento;
14. enrolar a toalha de rosto e coloca-la em volta do pescoço do paciente;
15. calçar luvas de procedimentos;
16. preparar a água no jarro a uma temperatura agradável ao toque;
17. umedecer os cabelos com água e passar sabão ou xampu, (protegendo os olhos e ouvidos do paciente);
18. ensaboar, massageando o couro cabeludo com as pontas dos dedos;
19. enxaguar os cabelos, retirando todo o sabão ou xampu;
20. usar o condicionador e enxaguar novamente;
21. inspecionar a presença de lesões e parasitas (pediculose) no couro cabeludo do paciente e na presença dos mesmos, verificar a prescrição de medicamentos para tratamento. Neste caso, adotar as precauções de contato por até 24 horas do tratamento;
22. retirar o impermeável e utilizar a toalha para apoiar a cabeça do paciente;
23. enxugar e pentear os cabelos do paciente;
24. deixar o paciente em posição confortável e a unidade em ordem;
25. desprezar o conteúdo do balde ou bacia no vaso sanitário;
26. recolher o material usado e encaminhar até o expurgo;
27. retirar as luvas de procedimento;

Título: Higienização dos cabelos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.6	VDTE 016009		3 de 3

28. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
29. registrar o procedimento no prontuário do paciente e comunicar intercorrências;
30. assinar e carimbar.

FIM

Título: Cuidados com as unhas

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.7	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem**.**

Quando:
O paciente estiver incapacitado de realizar o cuidado pessoal e/ou pacientes diabéticos ou com doença vascular periférica.

Onde:
Unidades de internação, Centro de Tratamento Intensivo e Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 cuba rim;
01 bacia;
02 pedaços de tecido limpos (trapos);
01 tesoura de unha;
02 luvas de procedimento;
01 jarro com água morna;
creme hidratante ou vaselina, se prescrito

CLASSE 05 CCO

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Promoção de conforto, boa circulação, unhas limpas e aparadas, prevenção da infecção e lesão tissular.

Em caso de não conformidade:
Em caso de não conseguir cortar a unha devido a "dureza" deixar mais 10 minutos em imersão em água morna;
Se persistir e/ou em caso de recusa do paciente comunicar ao enfermeiro;
Em presença de lesão, pedir avaliação do enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Kelle Christina S. Ferreira Rosângela Oliveira Santos	Técnica de Enfermagem Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Maria Olímpia Piedade Thaís Ferreira de Lourdes Carneiro Érika Fernanda F. Silva Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		19/06/06 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Cuidados com as unhas

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 01.7	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br
POTTER, PA; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem, conceitos, processos e prática.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. Volume 2.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição de enfermagem;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e organizar o material, levar até o paciente e colocar sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
7. calçar as luvas de procedimento. Nos próximos itens, avaliar quando for paciente pediátrico e neonato;
8. ajudar o paciente a passar para poltrona ou cadeira se possível;
9. colocar água na bacia para imersão dos pés por 10 minutos;
10. colocar água na cuba rim para imersão dos dedos das mãos por 10 minutos, mantendo os braços em posição confortável;
11. retirar as mãos da cuba e secá-las com um pedaço de tecido limpo, inspecionando a parte superior, as unhas, a palma e os espaços interdigitais;
12. retirar os pés da bacia, secá-los com outro pedaço de tecido, inspecionando a parte superior, a sola, as unhas, o calcanhar e os espaços interdigitais;
13. cortar as unhas das mãos e dos pés com a tesoura de modo reto próximo a borda dos dedos. Não cortar os calos ou calosidades;
14. aplicar creme hidratante ou vaselina conforme prescrição médica ou de enfermagem nas mãos e pés;
15. ajudar o paciente a retornar par a o leito e deixá-lo em posição confortável;
16. desprezar os pedaços de tecido no hamper;
17. recolher o material deixando o paciente confortável e o ambiente em ordem;
18. encaminhar o material ao expurgo;
19. retirar as luvas;
20. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. registrar no prontuário a data, hora, o aspecto da pele, das unhas, do calcanhar, relato de dor e presença de lesão, se houver;
22. assinar e carimbar.

FIM

Título: Tricotomia facial

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 02.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição do enfermeiro.

Onde:
Unidades de internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico e Centro de Tratamento Intensivo.

Condições necessárias:

01 cuba rim;
01 jarro com água morna (preferencialmente);
01 pedaço de tecido limpo (trapo);
01 almotolia com sabão líquido;
01 aparelho de barbear descartável;
05 unidades de gaze estéril;
02 luvas de procedimento.

CLASSE 05 CCO

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Rosto barbeado e sem lesão. Higienização, melhora da auto-estima, oferecimento de sensação refrescante. Facilitar o acesso cirúrgico, permitir a fixação de curativos, drenos e sondas sem tracionar os pêlos do paciente.

Em caso de não conformidade:
Em caso de lesão facial, limpar imediatamente com uma gaze, comprimir o local, comunicar com ao enfermeiro, trocar a lâmina, aumentar a quantidade de espuma sobre a pele.
Em caso de recusa do paciente, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Carolina Duarte F. Coelho Rosangela Oliveira Santos Maria Bárbara A. Santos	Auxiliar de enfermagem Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Agosto/2006 Setembro/2006
Avaliado por	Anna Alessandra M. de Meira Antonieta Lourdes de Sousa Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora		Dezembro/2006 Dezembro/2006 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia B. de Paula Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Tricotomia facial

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 02.1	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia consultada:
ATKINSON, L.D.; MURRAYM, M.E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
SMITH-TEMPLE, J.Y. **Guia para procedimento de enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a prescrição do enfermeiro;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar o material;
7. levar para a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira do paciente;
8. calçar as luvas de procedimento;
9. posicionar o paciente em posição segura, de preferência em “fowler” ou sentado;
10. proteger o tórax anterior com o tecido;
11. colocar 10ml do sabão na cuba rim e diluir com aproximadamente 100ml de água morna;
12. agitar a água com sabão, com uma gaze, fazendo espuma;
13. passar esta gaze nos pêlos da face fazendo uma camada espessa de espuma;
14. começar pelas laterais do rosto onde a pele é menos sensível;
15. esticar a pele com a mão não dominante e com a outra mão deslizar as lâminas paralelas em direção ao crescimento do pelo;
16. repetir o item anterior até a retirada completa dos pelos;
17. enxaguar frequentemente o aparelho de barbear;
18. sendo necessário, passar novamente a gaze com água e sabão no rosto reavivando a espuma;
19. barbear por último a região do queixo, onde os pêlos demoram mais para amolecer;
20. limpar a área barbeada com o tecido úmido ou encaminhar o paciente ao banho;
21. deixar o paciente seguro e confortável e a unidade em ordem;
22. recolher o material e encaminhar ao expurgo;
23. descartar as lâminas em recipiente para material pérfuro cortante;
24. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
25. registrar no prontuário, a data, a hora da realização do procedimento, e se houve intercorrências;
26. assinar e carimbar.

FIM

Título: Tonsura - utilizando tricotomizador elétrico

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 02.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Pré-operatório imediato.

Onde:
Centro Cirúrgico e Obstétrico, Unidades de Internação, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

04 luvas de procedimento;
03 panos limpos e dois biombos;
01 impresso de controle de uso da lâmina do tricotomizador;
01 fonte elétrica ou bateria
01 bandeja inox limpa e desinfetada;
01 lâmina para o tricotomizador esterilizada;
01 tricotomizador elétrico/bateria limpo e desinfectado;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Pele tonsurada sem lesão.

Em caso de não conformidade:
Na existência de qualquer lesão cutânea na área a ser tonsurada, não realizar o procedimento e comunicar ao enfermeiro;
Pêlos com corte irregular, repetir o procedimento.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

CLASSE 05 CCO

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Alessandra Mattos de Meira Amália Augusta Nunes Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Junho/2006 Agosto/2008 Agosto/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Agosto/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Tonsura - utilizando tricotomizador elétrico

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 02.2	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
3 M do Brasil LTDA. **Instruções de uso do tricotomizador cirúrgico a bateria.** São Paulo, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH -**Guia de utilização de antimicrobianos e recomendações para prevenção de Infecções Hospitalares.** Belo Horizonte, 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
2. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais (a lâmina poderá ser reprocessada até três vezes);
6. garantir a privacidade do paciente;
7. calçar as luvas de procedimento;
8. colocar o paciente em posição segura e confortável;
9. expor a área onde será realizada a tonsura. avaliar a extensão da área, tipo de pêlo e de pele;
10. secar a pele se estiver úmida e não tonsurar se estiver com lesão;
11. conectar a lâmina ao aparelho e este a uma fonte elétrica ou bateria;
12. ligar o aparelho. posicionar a lâmina em um ângulo de 15° a 30º sobre a pele do paciente;
13. realizar a tonsura em movimentos curtos e suaves, no sentido contrário do crescimento dos pelos, repetir se necessário;
14. desligar o aparelho e retirar da fonte de energia (desconectar da rede elétrica);
15. retirar os pêlos da pele do paciente com um pano limpo e seco;
16. deixar o paciente seguro e confortável;
17. encaminhar o material usado para o expurgo;
18. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
19. registrar no prontuário data, hora, local tonsurado e qualquer alteração cutânea como arranhão, sinal de sujidade ou mancha;
20. assinar e carimbar;
21. voltar ao expurgo e calçar as outras luvas de procedimento;
22. retirar a lâmina do aparelho, retirar os pêlos do aparelho com auxílio de pano limpo e seco. Não submergir o tricotomizador em líquidos;
23. fazer desinfecção do corpo do tricotomizador, friccionando um pano úmido em álcool a 70% e guardá-lo;
24. retirar os pelos da lâmina com pano limpo e seco, lavar com água e sabão, enxaguar até sair todos os pelos e secar;
25. encaminhar a lâmina para ser reprocessada na CME se for até o terceiro uso;
26. descartar a lâmina se for o quarto uso, em recipiente específico para perfuro cortante;

Título: Tonsura - utilizando tricotomizador elétrico

27. deixar o local limpo e em ordem;
28. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
29. registrar no impresso de controle e uso da lâmina: o número de uso, a data, a hora, o número da sala e nome do circulante (vide impresso abaixo).

FIGURA 8 - CONTROLE DE USO DA LÂMINA DO TRICOTOMIZADOR

Nº de vezes de uso	DATA	HORA	SALA	ASSINA-TURA	Nº de vezes de uso	DATA	HORA	SALA	ASSINA-TURA
1					1				
2					2				
3					3				
1					1				
2					2				
3					3				

FIM

Título: Preparo do corpo após a morte

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 03.1	VDTE 016009	2ª em 06/2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Auxiliar de enfermagem.

Quando:
Após a constatação do óbito pelo médico.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico e Propedêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias: vide página 2/4.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 3/4.

Resultado Esperado:
Corpo identificado, higienizado, vestido e posicionado adequadamente antes do aparecimento da rigidez.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

CLASSE 05 CCO

Histórico da revisão:
Em março/2010 foram alterados os itens 20, 23, 25, 26, 27 e 28 da descrição da instrução de trabalho e feitas adequações das condições necessárias correspondentes, devido adequações efetuadas nas normas vigentes para o óbito, na instituição.
Em junho/2010 após ser avaliada no curso de capacitação do Pronto Atendimento foram acrescentados (exceto para doação de córnea) nas condições necessárias e alterado o item 21.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Carolina D. Ferreira Coelho Eunice Soares Pinto Rosângela Oliveira Santos Antonieta Lourdes Souza	Carolina D. Ferreira Coelho Eunice Soares Pinto Rosângela Oliveira Santos Antonieta Lourdes Souza		Março/2006
Avaliado por	Andréia Rodrigues Moreira Anna Alessandra M. de Meira Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Maio/2006 Maio/2006 Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula B. de Souza Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Outubro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por	Cláudia M. Melo F. Silva Antonieta Lourdes Souza Leonor Gonçalves Janita Ferreira	Enfª. Coord.comissão ITT Enfa Comissão ITTs VDTE Titular Enfa. CCIH		Março/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo do corpo após a morte

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 03.1	VDTE 016009	2ª em 06/2010	2 de 4

Condições necessárias:

Inexistência de condições para doação de órgãos (exceto para doação de córnea);
02 biombos (para ambientes coletivos);
01 hamper;
01 bandeja de inox limpa;
01 saco plástico para resíduos;
03 aventais descartáveis;
01 fralda descartável para adulto ou criança;
01 saco de óbito grande, médio ou pequeno;
02 máscaras cirúrgicas;
01 tesoura;
02 pedaços (trapos) de tecido limpos;
01 bacia com água;
01 almotolia com sabão líquido;
04 luvas de procedimentos;
01 pinça longa;
140 cm de esparadrapo;
01 rolo de atadura de crepom de 10 cm;
100 g de algodão ;
01 lençol velho (Kit óbito);
01 maca com grades e sem colchão ou
01 caixa com tampa para RN;
01 pacote de gaze (opcional);
01 seringa de 10 ml (opcional);
01 cateter de aspiração (opcional);

Em caso de não conformidade:
Em caso de demora quanto à decisão relativa à realização de necropsia, realizar o tamponamento.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 311/2007. C**ódigo de ética dos profissionais de enfermagem. 2007
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
KOCK, R.M. **Técnicas básicas de enfermagem. 1**8. ed. Curitiba: Século XXI 2001.
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 6. ed. v.1 Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Providenciar privacidade para o corpo e familiares que estejam presentes: em áreas coletivas colocar os biombos ao redor do leito;
2. verificar se há pedido para coletar amostras ou qualquer outra solicitação especial por parte da equipe médica ou por parte dos familiares;
3. verificar, com os familiares, quais pertences permanecerão com o corpo e quem receberá os pertences do falecido;
4. fazer duas etiquetas de identificação com esparadrapo. Preencher as etiquetas com nome completo, número do leito, número do prontuário, data e hora do óbito;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. reunir todo o material necessário, levar até o leito do falecido e aproximar o hamper do mesmo;

Título: Preparo do corpo após a morte

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	CCO 03.1	VDTE 016009	2ª em 06/2010	3 de 4

7. vestir o avental, calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara;
8. desligar todos os equipamentos. Posicionar a cama na horizontal e retirar travesseiros e coxins;
9. colocar o corpo na posição supina (dorsal horizontal) com a cabeça ligeiramente elevada para evitar descoloração facial. Alinhar o corpo;
10. fechar as pálpebras: com as suas mãos, mantê-las abaixadas por alguns segundos. Se não funcionar, colocar bolas de algodão umedecidas sobre as pálpebras fechadas;
11. se os familiares desejarem, permitir que permaneçam junto ao corpo por algum tempo; para isso, cubra o corpo com um lençol até o queixo, se possível com os braços para fora e com a boca fechada (sustentar a mandíbula com uma toalha ou lençol enrolado);
12. solicitar, gentilmente, aos familiares que aguardem em outro local confortável;
13. remover tubos, cateteres, drenos e curativos (se adequado, aspirar exsudatos e secreções);
14. retirar a roupa do corpo, colocando-a no hamper, se for do hospital;
15. higienizar o corpo onde houver sujidade, usando os trapos;
16. recolocar próteses ou órteses dentárias. Pentear ou escovar os cabelos;
17. fazer tamponamento dos orifícios naturais (ouvidos, nariz, orofaringe, ânus e vagina), preenchendo-os com algodão seco montado em pinça longa, introduzindo o algodão profundamente, de forma que não fique visível. ATENÇÃO: em caso de requisição de necropsia, não fazer os tamponamentos. Utilizar barreiras externas para evitar o extravasamento de secreções;
18. cortar a atadura de crepom em três partes iguais; com a primeira parte sustentar a mandíbula amarrando-a no alto da cabeça;
19. colocar uma etiqueta de identificação, já preenchida (nome completo, número do leito, número do prontuário, data e hora do óbito), no tórax do corpo diretamente sobre a pele;
20. vestir o corpo com a fralda e o avental descartável;
21. unir as mãos e colocá-las na altura do tórax e fixá-las amarrando-as com a segunda parte da atadura de crepon;
22. juntar os pés e fixá-los utilizando a terceira parte da atadura de crepon;
23. colocar o corpo dentro do saco de óbito e fechá-lo; atentar para que o fechamento do saco esteja voltado para a cabeça do paciente;
24. colar a outra etiqueta sobre o saco de óbito, na altura do tórax;
26. cobrir completamente o corpo e a maca com o lençol velho do kit de óbito;
27. levar o corpo para um local reservado para aguardar o transporte (sala de curativo, sala de equipamentos; evitar locais muito quentes, para evitar a aceleração do processo de decomposição) e acionar e providenciar o transporte o mais rápido possível. Em caso de ausência dos pais para verem o corpo do RN, transportar o mesmo para a geladeira do expurgo do bloco obstétrico por até 02 h;
28. reunir, empacotar e identificar os pertences do paciente e entregá-los aos familiares; em caso de ausência dos familiares, os pertences, devidamente empacotados e identificados serão mantidos junto ao corpo;
29. remover a roupa de cama e colocar no hamper;
30. deixar a unidade em ordem;
31. encaminhar o material utilizado ao expurgo;
32. retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
33. providenciar o transporte do corpo para o necrotério ou sala de necrópsia;
34. registrar no impresso de observação de enfermagem do prontuário: a data e hora em que foi constatado o óbito, o nome do médico que constatou, o local para onde o corpo foi transporta-

Título: Preparo do corpo após a morte

do, a ciência ou não da família sobre o óbito, o destino dos pertences, se a declaração de óbito foi preenchida e para quem foi entregue;

35. assinar e carimbar;
36. providenciar a limpeza e desinfecção terminal da unidade do paciente.

FIM

Instrução de Trabalho Técnico

Necessidade humana básica - Integridade Física e Cutânea e Mucosa

CLASSE
06
FCM

Título: Prevenção de úlceras por pressão

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	FCM 01.1	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a avaliação do enfermeiro à admissão ou ao longo da internação.

Onde:
Unidades de Internação, Centro de Tratamento Intensivo, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

01 colchão piramidal "caixa de ovo" ou
01 colchão de ar alternado
trapézio (quando indicado)
01 lençol
01 frasco de hidratante
travesseiros e coxins
fralda descartável
coletor urinário masculino (quando indicado)
filme transparente
02 biombos
01 capa de colchão de silicone
01 traçado
02 luvas de procedimento

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

CLASSE 06 FCM

Resultado esperado:
Intervenção nos fatores sistêmicos e locais, consequentemente, a diminuição do aparecimento de lesão. Sensibilização da equipe multiprofissional / educação permanente. Sensibilização dos dirigentes da instituição a respeito do custo da prevenção e tratamento.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Maristela Avelino Jane Andréa Vieira Novaes Andreia Rodrigues Moreira Cintia Maria Guedes de Moraes Antonieta Lourdes de Sousa Angela Aparecida Lima	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2007
Avaliado por	Emerson Roberto de Oliveira Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Cláudia Melo Franco	Enfermeiro Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2007 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Prevenção de úlceras por pressão

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	FCM 01.1	VDTE 016009		2 de 4

Em caso de não conformidade:
Em casos de: agravamento das condições clínicas do paciente, falta de aderência dos profissionais às condutas implementadas, custo elevado do tratamento e insatisfação do cliente, suspender o procedimento e avaliar.

Bibliografia consultada:
AZEVEDO, M. F. **Feridas.** Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2005. p. 114-141.
BERGSTROM, N.et al. **Feridas: Como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2ªed., 2008.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10, n. 1, agosto/2005.
HOLMAN, VICTORIA MSN, RN. **The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk.** Nursing Research. 36(4):205-210, July/August 1987.
LUIZ PEREZ, I; LIORENTE, P. **Geriatria.** Rio de Janeiro. Mc Graw Hill Interamericana do Brasil LTDA. 2002, p. 138-159.
MOURA, C. E. M. et al. **Úlceras de pressão: prevenção e tratamento.** Disponível em: www.eerp.usp.br/projetos/feridas. Acessado em: 01/09/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Protocolo de tratamento do portador de ferida na Unidade de Internação.** Belo Horizonte, 2001.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar o material;
6. encaminhar o material para a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira e ou carrinho de curativo;
7. garantir a privacidade do paciente;
8. calçar luvas de procedimento;
9. avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão de acordo com a escala de risco de Braden (PRIVATIVO DO ENFERMEIRO);
10. implementar as condutas necessárias de acordo com avaliação abaixo encontrada
11. escore (15 – 18): pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão
    11.1 fazer mudança de decúbito conforme prescrição do enfermeiro;
    11.2 elevar a cabeceira, no máximo 30º;

Título: Prevenção de úlceras por pressão

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	FCM 01.1	VDTE 016009		3 de 4

11.3 usar colchonete de espuma piramidal protegido por capa de silicone (não amarrar este colchonete ao colchão comum);
11.4 aplicar filme de poliuretano nas proeminências ósseas (trocantéria, sacra e calcâneo);
11.5 usar rolo de espuma piramidal para apoio;
11.6 usar protetor de espuma piramidal na região do tornozelo e do calcâneo;
11.7 usar travesseiro de espuma piramidal (reaproveitável); este, deve ser posicionado na altura da cabeça até a região dos ombros;
11.8 usar lençol móvel para virar ou transferir paciente evitando arrastá-lo ou puxá-lo no leito;
11.9 utilizar trapézio quando indicado, para possibilitar que o paciente ajude no momento da sua mobilização;
11.10 paciente restrito à cadeira (quando sentado) incapaz de realizar mudança sozinho reposicioná-lo a cada hora;
11.11 paciente restrito à cadeira (quando sentado) capaz de realizar mudança sozinho, encorajá-lo a aliviar a pressão a cada 15 minutos, utilizando a força dos braços;
11.12 investigar as áreas de risco identificando os seguintes sinais: alterações na coloração da pele, vesículas, queimaduras, erupções, edema e pápulas; a cada mudança de decúbito, registrar alterações no prontuário e comunicar ao enfermeiro;
11.13 usar fralda descartável que absorva e retenha umidade, sem deixar a pele úmida, em caso de incontinênci anal e urinária para o sexo feminino;
11.14 usar coletor urinário de silicone de preferência alto aderente para incontinência urinária e fralda descartável para incontinência anal no sexo masculino;
11.15 usar corretamente a comadre. Deve-se colocá-la pela lateral evitando traumas na região coccígea;
11.16 fazer higiene com água morna e sabão neutro (evitando esfregar a pele);
11.17 usar lençóis esticados sem dobras;
11.18 aplicar creme hidratante a base de uréia em pele íntegra 03 vezes ao dia para hidratação;
11.19 aplicar protetor cutâneo em caso de dermatite, conforme ITT correspondente;
11.20 não fazer massagem de conforto nas proeminências ósseas, principalmente, em presença de hiperemia;
11.21 não usar dispositivos para redução de pressão do tipo argola ou com orifício como: roda de espuma, coxim de tecido;
11.22 oferecer dieta balanceada, hipercalórica e hiperproteica (exceto pacientes com insuficiência renal), rica em vitaminas A, B e C (atentar para os níveis de albumina sérica);
11.23 registrar a aceitação da dieta;
11.24 aplicar a escala de risco de Braden uma vez ao dia (PRIVATIVO DO ENFERMEIRO);

12. escore (13 - 14): pacientes em risco moderado de desenvolver úlcera por pressão
12.1 aplicar as condutas implementadas no risco anterior;
12.2 observar rigorosamente os horários de mudança de decúbito conforme prescrição do enfermeiro;
12.3 elevar cabeceira do leito no máximo 30º;
12.4 utilizar protetores de espuma para posicionamento lateral à 30º;
12.5 aplicar a escala de risco de Braden uma vez ao dia (PRIVATIVO DO ENFERMEIRO);

13. escore (10 - 12): pacientes em alto risco de desenvolver úlcera por pressão
13.1 aplicar as condutas implementadas nos riscos anteriores;
13.2 aumentar a freqüência de mudança de decúbito conforme prescrição do enfermeiro;
13.3 completar com pequenas movimentações do corpo usando os protetores de espuma;

Título: Prevenção de úlceras por pressão

13.4 substituir o colchão de espuma piramidal pelo colchão de ar alternado;

13.5 aplicar a escala de risco de Braden uma vez ao dia (PRIVATIVO DO ENFERMEIRO);

14. retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
15. registrar no prontuário do paciente a data, a hora e as condutas implementadas;
16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Uso de protetor cutâneo por aerosol ou creme

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	FCM 01.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Após avaliação da pele, na prevenção de dermatites decorrentes do uso de fraldas, incontinência urinária e anal e na prevenção de úlceras por pressão por reduzir os efeitos da fricção, proteção de peles frágeis (pacientes de idade extrema, estado de desnutrição, ao redor de estomas, fístulas e úlceras venosas), sob fitas e coberturas adesivas.
O produto deve ser reaplicado em torno de 48 a 72 horas.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:

02 Luvas de procedimento;
01 bolsa de soro fisiológico 0,9% de 250 ml;
01 bola de algodão;
01 almotolia com álcool a 70%;
01 agulha descartável 25 x 8 mm;
pacote de gaze estéril *;
01 pacote de compressa estéril;
01 frasco ou tubo de protetor cutâneo;
01 saco de lixo;
01 lençol móvel;
01 impermeável;
02 biombos.
* A quantidade variará de acordo com a extensão da área. Utilizar nos casos em que seja necessário absorver secreções, por exemplo fístula na região perianal.

CLASSE 06 FCM

Descrição da Instrução de Trabalho: vide páginas 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Pele livre de dermatite, proteção de peles frágeis e redução dos efeitos de fricção.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Clarise Leite Jane Andréa Vieira Novaes	Enfermeira Enfermeira		Fevereiro/2007
Avaliado por	Ângela Aparecida de Lima Anna Alessandra Mattos de Meira Vera Lúcia de Araújo N. Lima	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2007 setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Março/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Uso de protetor cutâneo por aerosol ou creme

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	FCM 01.2	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Recusa do paciente, discutir continuidade do tratamento.
Hipersensibilidade ao produto, interromper o tratamento e avaliar utilização de outro produto.

Bibliografia consultada:
BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
CÂNDIDO, L.C. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas.** Disponível em: <http://www.feridologo.com.br/> Acesso em: 02 de agosto de 2006.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00. D**ispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n.1, agosto/2005.
HASHIMOTO, M.R.K., GUALDA, D.M.R. **Fatores relacionados ao surgimento das assaduras na região abrangida pelas fraldas de recém nascidos.** Nursing (São Paulo) 1998; (3): 29-34.
IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
Wound Ostomy and Continence Nurses Society, Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Glenview. 2003. 52p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
9. posicionar os biombos;
10. colocar a máscara;
11. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
12. fazer um orifício único no local em que foi realizada a desinfecção com a agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
13. calçar as luvas de procedimento na mão dominante;
14. colocar o paciente em posição segura e confortável;
15. posicionar o impermeável e o lençol móvel sob a área a ser protegida;

Título: Uso de protetor cutâneo por aerosol ou creme

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	FCM 01.2	VDTE 016009		3 de 3

16. expor a região a ser prevenida ou com dermatite;
17. direcionar o jato da bolsa de soro fisiológico 0,9% para a região a ser protegida, lavando de cima para baixo;
18. fazer uma boneca de gaze estéril com a mão enluvada tocando apenas nas bordas para não contaminar o centro;
19. secar a pele com a mão enluvada, utilizando a boneca de gaze, sem friccioná-la na pele;
20. retirar a luva e aplicar o protetor cutâneo;
21. tipos de protetores
    - 21.1 se protetor em spray: fazer as aplicações necessárias à cobertura da área;
    - 21.2 se protetor em creme: calçar uma luva de procedimento na mão dominante, e aplicar sobre a área a ser protegida. Neste caso deve-se esperar cerca de 20 min para a secagem do creme (seguir especificação do fabricante);
22. após aplicação e secagem, seguir as ITTs correspondentes (exemplo: adaptação de bolsa coletora, curativos);
23. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
24. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
25. registrar o procedimento no prontuário;
26. assinar e carimbar.

FIM

Título: Cuidados imediatos com o paciente mediante extravasamento de medicamentos antineoplásicos vesicantes.

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: UF	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	FCM 01.3	VDTE 016009	1ª em 09/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro e Técnico em Enfermagem.

Quando:
Mediante extravasamento de drogas antineoplásicas vesicantes.

Onde:
Unidades de Internação, Ambulatório de Quimioterapia e Pronto-Atendimento.

Condições necessárias:

01 seringa de 03ml
01 compressa
01 bola de algodão
02 luvas de procedimento
01 tira de esparadrapo
01 máscara NB 95
01 bolsa de gelo ou bolsa de água morna
01 capote de mangas longas
01 impresso de registro de extravasamento (APÊNDICE B)

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: Evitar instalação de lesão tecidual grave nos casos de extravasamento de drogas antineoplásicas vesicantes.

Em caso de não conformidade: Se o paciente se recusar a iniciar o tratamento imediatamente após a ocorrência do extravasamento, orientá-lo sobre os riscos advindos do não tratamento.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3

BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica.** 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

Histórico da revisão:

Em Agosto/2010 devido a padronização e inserção do Kit de derramamento no HC e atualização do modo de limpeza de acidentes com quimioterápicos citotóxicos, foram revistas todas as Its correlacionadas, nesta especificamente foi melhorado o apêndice B.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Cláudia Denísia de Brito Ênio Latini Bitarães Ronan de Abreu Ramirez	Enfermeira Enfermeiro Enfermeiro		Abril/2007
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2007 outubro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussu	Enfermeira CCIH		Dezembro/2008
Revisado por	Ronan de Abreu Ramirez Claudia Denísia de Brito Antonieta Lourdes de Souza	Enf°. Coord. Ambulatório de QT Enfª. do Ambulatório de QT Enfª. Comissão de ITT		Setembro/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Cuidados imediatos com o paciente mediante extravasamento de medicamentos antineoplásicos vesicantes.

Data da emissão:	Número da IT:	Código: UF	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	FCM 01.3	VDTE 016009	1ª em 09/2010	2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:

COFEN – **Resolução 210/1998.** Aprova as normas técnicas de biossegurança individual, coletiva e ambiental dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica.

COREN DF - **Parecer Técnico 001/1994.** Dispõe sobre o preparo e administração de drogas citostáticas.

FONSECA, S.M. et al. **Manual de Quimioterapia Antineoplásica**. Enfermagem Prática. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Constatar o extravasamento;
2. interromper a administração da droga imediatamente, mas manter o dispositivo venoso (scalp ou jelco);
3. identificar qual droga extravasou;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e paramentar-se com capote e máscara;
5. separar o material e levá-lo para a unidade do paciente;
6. orientar o paciente e/ou acompanhante sobre os cuidados a serem realizados;
7. calçar as luvas de procedimento, conectar a seringa de 03 ml ao dispositivo de punção venosa e fazer tentativa de aspiração do quimioterápico extravasado;
8. retirar o dispositivo de punção venosa;
9. ocluir o local da punção com a bola de algodão, sem fazer compressão excessiva;
10. proceder de acordo com o medicamento extravasado:
    - 10.1 vincristina e vimblastina: proteger a pele com compressa e aplicar bolsa de água morna por 15 minutos no local do extravasamento;
    - 10.2 dactinomicina daunorrubicina, dacarbazina, doxorrubicina, epirrubicina, idarrubicina, mitomicina, mecloretamina e vinorelbine: proteger a pele com compressa e aplicar bolsa de gelo por 15 minutos;
11. orientar o paciente a manter o membro elevado acima do nível do coração, sempre que possível, por 48 horas;
12. orientar o paciente a aplicar bolsa de água morna ou gelo no local do extravasamento, no seu domicílio, durante 15 minutos, 4 vezes ao dia, por 48 horas;
13. orientar o paciente em quimioterapia ambulatorial a procurar o (a) enfermeiro (a), no próximo retorno (para sessão de quimioterapia ou consulta médica) ou em caso de surgimento de dor no local da infiltração, calor, eritema ou mesmo de lesão cutânea. Quando o extravasamento ocorrer durante período de internação, o acompanhamento do paciente será realizado pelo(a) enfermeiro(a) da referida unidade de internação;
14. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
15. registrar em impresso próprio (APÊNDICE B) e no prontuário do paciente, a ocorrência do extravasamento, informando a droga extravasada, a região acometida, os sinais e sintomas apresentados, o dispositivo venoso utilizado, a data e as condutas adotadas pela equipe de enfermagem;
16. informar ao médico responsável pelo paciente a ocorrência do extravasamento e as condutas adotadas;
17. assinar e carimbar.

Título: Cuidados imediatos com o paciente mediante extravasamento de medicamentos antineoplásicos vesicantes.

APÊNDICE B
REGISTRO DE EXTRAVASAMENTO DE MEDICAMENTOS VESICANTES

DATA	PACIENTE	MEDICAMENTO EXTRAVASADO	DISPOSITIVO VENOSO	REAÇÃO LOCAL IMEDIATA	REGIÃO ACOMETIDA	CONDUTAS ADOTADAS	ASSINATURA

FIM

Título: Curativo do coto umbilical

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
07/2009	FCM 02.1	VDTE 016099		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Quando:
Após o nascimento, após o banho diário e quando for observado resíduo de diurese ou fezes na gaze durante as trocas de fralda.

Onde:
Unidade de Internação, Unidade Neonatal e CTI Pediátrico.

Condições necessárias:

01 bandeja limpa e desinfetada;
02 luvas de procedimento;
02 cotonetes;
01 almotolia com Álcool a 70%;
02 gazinhas;
01 fralda.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2

Resultado esperado:
Facilitar o processo de mumificação do coto umbilical e prevenir infecção.

Em caso de não conformidade:
Em caso de presença de secreção purulenta no coto, comunicar o médico responsável.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KENNER, Carole. **Enfermagem Neonatal.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reechmann e Afonso editores, 2001, p. 104.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gisele Pimenta	Enfermeiro		Agosto/08
Avaliado por	Érika Fernanda Ferreira Silva Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeiro Enfermeira		Setembro/08 Julho/ 09
Aprovado por				
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira		Julho/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo do coto umbilical

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
07/2009	FCM 02.1	VDTE 016099		2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice- Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Geral.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do enfermeiro, separar e preparar o material;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se a mãe e/ou acompanhante, orientar e explicar o procedimento;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002, imediatamente antes da troca do curativo;
5. calçar as luvas;
6. colocar o paciente em posição supina e expor o coto umbilical;
7. umedecer um cotonete em álcool a 70%;
8. levantar o coto umbilical afastando-o da pele;
9. limpar a base do coto com o cotonete umedecido;
10. abrir a gazinha e dobrá-la ao meio;
11. obedecer ¼ da mesma com álcool a 70%;
12. enrolar a gaze no coto umbilical de modo que a parte umedecida fique em contato com o coto, iniciando pela base;
13. posicionar o coto para cima em direção cefálica, se a gaze estiver muito úmida, colocar outra seca, evitando que o álcool desidrate a pele do recém-nascido;
14. colocar a fralda de modo que a mesma mantenha o curativo firme nesta posição para diminuir a possibilidade de entrar em contato com urina ou fezes;
15. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
16. registrar no prontuário a data, a hora, o aspecto do coto e secreção se houve;
17. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo de dispositivo intravascular central

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.2	VDTE 016099	1ª em 11/10	1 de 3

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Deverá ser trocado sempre que estiver sujo, úmido ou descolando ou quando houver necessidade de visualizar o sítio de inserção. A permanência máxima do curativo com película transparente deverá ser de 07 dias, e, curativo com gazinha, 48 horas.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 máscara facial descartável;
02 pacotes de gaze estéril;
01 filme transparente;
02 luvas de procedimento;
01 pacote de curativo;
01 par de luvas estéril;
01 agulha descartável 25x8mm;
01 soro fisiológico 0,9% 500ml;
01 almotolia com Clorexidina alcoólica 0,5%;
01 almotolia com PVPI aquoso para pacientes alérgicos a Clorexidina, maiores de um ano;
01 almotolia com álcool a 70% para pacientes ALÉRGICOS a Clorexidina e PVPI;

CLASSE 06 FCM

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:
Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Ana Cristina Roma Figueiredo Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Novembro/2008
Avaliado por	Ângela Aparecida de Lima Vera Lúcia de Araújo N. Lima	Enfermeira Enfermeira		Outubro/2006 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado Viviane Rosado Guilherme Augusto Armond	Enfermeira Enfermeira da CCIH Enfermeiro da CCIH		Novembro/2008 Setembro/2010 Outubro/2010
Revisado por	Silma Maria Cunha P.Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Profª.Dra. EEUFMG Profª.Dra. EEUFMG Enfermeira da Comissão de ITT		Agosto/2010 Outubro/2010 Novembro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo de dispositivo intravascular central

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.2	VDTE 016099	1ª em 11/10	2 de 3

Resultado esperado:
Local de inserção limpo, seco, protegido e isento de contaminação e, consequentemente, o paciente não apresentar infecção em decorrência da presença de cateter venoso central.

Em caso de não conformidade:
Na presença de dor, hiperemia, edema ou secreção na inserção do dispositivo.
Exteriorização do cateter, suspeita de bacteremia e febre de origem indeterminada comunicar ao médico.

Bibliografia consultada:
BONASSA, E. M. A & SANTANA, T. R., **Enfermagem em Terapêutica Oncológica.** 3ª Edição. Atheneu. São Paulo: 2005.
BORK, A. M. T. **Enfermagem Baseada em Evidências.** Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 2005
Centers for Disease Control and Prevention – CDC. **Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Infect**
Control Hosp. Epidemiol. 2002
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO – Hospital Universitário. **Manual para prevenção das infecções hospitalares. S**ão Paulo, 2005
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão Controle Infecção Hospitalar. **Norma Técnica Nº. 005 –** Monitoramento dos Cateteres Intravasculares Centrais em adultos e crianças. Belo Horizonte, 2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Protocolo de Manipulação de Dispositivo Venoso Central de Longa Permanência Tunelizado.** Belo Horizonte, 1999.

Descrição da Instrução de Trabalho

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
4. explicar o procedimento;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar o material;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. colocar o paciente em posição segura e confortável;
9. colocar a máscara e calçar as luvas de procedimento;
10. expor a área do curativo a ser realizado, instruindo o paciente a virar a cabeça para o lado oposto da inserção;

Título: Curativo de dispositivo intravascular central

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.2	VDTE 016099	1ª em 11/10	3 de 3

11. retirar o curativo anterior com técnica asséptica;
12. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
13. abrir o pacote de curativo e colocar sobre o campo do mesmo todo o material estéril a ser utilizado;
14. caso não haja pacote de curativo disponível no setor, realizar o curativo usando luva estéril;
15. calçar luvas estéreis e inspecionar o local de inserção do dispositivo e peri-inserção quanto à presença de hiperemia, edema, dor e secreção, realizar cultura do local se pertinente, conforme ITT correspondente;
16. fazer uma boneca com a gaze estéril utilizando uma pinça ou com a luva estéril e fazer a limpeza do local com a Solução Fisiológica 0,9% (começando do local de inserção) e ir abrindo em movimento circular para fora;
17. repetir quantas vezes for necessário lembrando-se de sempre trocar a gaze a cada vez;
18. utilizar outra pinça e gaze e aplicar o anti-séptico escolhido Clorexidina , PVPI ou álcool, da mesma maneira que no item anterior. Em caso de utilizar o PVPI aquoso, deixar agir por 2 minutos e em seguida remover o excesso com gaze estéril umedecida em SF a 0,9% realizando o mesmo movimento descrito;
19. repetir o item anterior mais duas vezes lembrando-se de trocar as gazes a cada vez;
20. ocluir o local de inserção com gaze estéril nas primeiras 24 horas de inserção ou em caso de paciente sudorético ou com sangramento no local;
21. após as 24 horas, se não houve extravasamento de sangue ou drenagem de líquido, pode-se colocar o curativo com película transparente diretamente no local de inserção do cateter nos adultos. Em neonatos, como se usa o cateter epicutâneo (que não tem pontos de fixação), deve-se colocar uma gaze antes do curativo transparente;
22. fazer desinfecção com álcool 70 % da bifurcação do dispositivo até a conexão do equipo;
23. fixar o dispositivo com adesivo microporoso ao nível da bifurcação sobre o curativo;
24. revisar os clamps (abertos ou fechados em local adequado), tampas ou sistema de infusão das soluções em curso;
25. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
26. encaminhar material usado para o expurgo atentando para o descarte dos perfuro cortantes em lixo específico;
27. retirar as luvas, a máscara e higienizar as mãos;
28. identificar o curativo com data, hora e nome do executante;
29. registrar no prontuário a data, hora, as condições da inserção e área peri-inserção, a solução utilizada, o tipo de cobertura e queixa de dor, se houver;
30. assinar e carimbar.
31. Avaliar diariamente o sítio de inserção do cateter.

FIM

Título: Curativo com cobertura primária de filme de poliuretano

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.3	VDTE 016099		1 de 4

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Conforme avaliação da ferida e prescrição do Enfermeiro.

Indicação:
Atentar para usar filme de poliuretano estéril para feridas superficiais com exsudação mínima ou ausente e filme de poliuretano não estéril para proteção de proeminências ósseas ou cobertura secundária.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:

Pacote de gaze estéril*
01 bandeja de inox;
02 luvas de procedimento;
01 máscara cirúrgica;
soro fisiológico 0,9% *;
01 bola de algodão;
01 almotolia de álcool a 70%;
01 tesoura.
01 agulha 25x8 mm;
fita de adesivo microporoso e/ou esparadrapo
filme de poliuretano estéril ou não estéril;
01 saco de lixo;
01 lençol móvel;
01 impermeável;
02 biombos;

* A quantidade variará de acordo com a extensão e exsudação da ferida.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide páginas 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andréa Vieira Novaes	Técnica de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Patrícia Magna Janita Ferreira Vera Lucia de Araújo Nogueira Lima Eline Lima Borges	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Prof. Dra. da EEUFMG		Outubro/2006 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Souza Leonor Gonçalves	VDTE VDTE		Janeiro/2007 Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo com cobertura primária de filme de poliuretano

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.3	VDTE 016099		2 de 4

Resultado esperado:
Em soluções de continuidade: ferida protegida de agentes físico-químicos e biológicos. Oferecimento de condições locais ideais, ou seja, temperatura, umidade e hipóxia no leito da ferida.
Na proteção de proeminências ósseas: Redução da fricção sobre os tecidos.

Em caso de não conformidade:
Recusa do paciente: discutir continuidade do tratamento.
Aumento do acometimento tecidual: avaliar conduta.
Sudorese intensa impossibilitando aderência da cobertura: avaliar nova conduta.
Hipersensibilidade ao produto: interromper o tratamento e implementar nova conduta.

Bibliografia consultada:
ANDRADE, M.N.B.; SEWARD, R.; MELO, J.R.C. **Curativos; wound dressings.** REV. MED. Minas Gerais, Belo Horizonte, v.2, n.4, p.228-236, out./dez. 1992.
ARCHER, E, et al. **Procedimentos e Protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005.
ARCHER, H.G.; BARNETT, S.; IRVING, S.; MIDDLETON, K.R.; SEAL, D.V. **A controlled model of moist wound healing: comparison between semi-permeable film, antiseptics and sugar paste.** J. Exp. Path., v.71,p.155- 170. 1990.
AZEVEDO, M.F.; RODRIGUES, M.I.G.; HENNEMANN, T.L.A**. Feridas: série incrivelmente fácil.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
CÂNDIDO, L.C. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas.** Disponível em: http://www.feridologo.com.br/ Acessado em: 02 de agosto de 2006.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n. 1, agosto/2005.
DEALY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.** 2° ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. verificar a prescrição do enfermeiro;
2. identificar o paciente;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;

4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a Unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
9. posicionar os biombos;
10. colocar a máscara;
11. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
12. fazer um orifício único no local em que foi realizada a desinfecção utilizando agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
13. calçar as luvas de procedimento na mão dominante;
14. colocar o paciente em posição segura e confortável;
15. posicionar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
16. expor a região com lesão;
17. retirar a cobertura anterior delicadamente, no sentido dos pelos, firmando a pele do paciente para não tracionar a lesão;
18. desprezar a cobertura no lixo após envolvê-la com luva de procedimento da mão dominante;
19. calçar nova luva de procedimento na mão dominante;
20. pegar o frasco do soro com a mão não dominante;
21. direcionar o jato de soro fisiológico 0,9% para o leito da lesão, irrigando-a da parte superior para a inferior;
22. fazer uma boneca com a gaze estéril, com a mão enluvada, tocando apenas nas bordas de forma a não contaminar o centro;
23. secar a pele ao redor da lesão com gaze;
24. retirar a luva;
25. tipos de filme
    - 25.1 filme de poliuretano estéril
        - 25.1.1 abrir a embalagem;
        - 25.1.2 retirar o protetor do adesivo, segurando o filme apenas nas bordas de forma a não contaminar o centro do mesmo;
        - 25.1.3 aplicar centralizando sobre a lesão;
    - 25.2 se filme de poliuretano não estéril (apresentação em rolo)
        - 25.2.1 abrir a embalagem;
        - 25.2.2 cortar o filme utilizando a tesoura, de forma a abranger uma área superior à área a ser protegida;
        - 25.2.3 aplicar o filme sobre o local de forma a abranger uma área maior que a área a ser protegida;
26. fazer uma etiqueta em uma tira de esparadrapo, ou usar etiqueta da cobertura e anotar a data da troca;
27. aplicar a etiqueta sobre o filme transparente;
28. higienizar as mãos de acordo com a NT CCIH 002;

Título: Curativo com cobertura primária de filme de poliuretano

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.3	VDTE 016099		4 de 4

29. registrar no prontuário a data, a hora e evolução da lesão. Incluir relato e queixas do paciente;
30. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo de ferida cirúrgica com fechamento por primeira intenção

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.4	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Quando:
ao término do ato cirúrgico e conforme prescrição do Enfermeiro.

Onde:
Centro cirúrgico, Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:

01 Pacote de curativo ou filme transparente de poliuretano não estéril
01 par luva estéril
01 par de luvas de procedimento
01 soro fisiológico 0,9%
01 biombo (opcional)
01 rolo de esparadrapo ou adesivo microporoso
01 máscara cirúrgica
01 impermeável
01 bola de algodão
01 bandeja de inox
01 suporte de mesa para frasco de soro
01 agulha 25 x 8
01 atadura crepom
01 almotolia de álcool 70%
gaze estéril

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Ferida limpa, protegida contra agentes físico-químico e biológico com curativo oclusivo.

Em caso de não conformidade:
Em caso de presença de calor, hiperemia, dor, secreção ou deiscência, comunicar ao Enfermeiro e Médico.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarice Leite Jane Andrea Vieira Novaes Monalisa Maria Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Andréia Rodrigues Moreira Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Eline Lima Borges Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Prof. Dra. da EEUFMG Enfermeira		Julho//06 Julho/08 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Souza Leonor Gonçalves	VDTE VDTE		Agosto/2006 setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo de ferida cirúrgica com fechamento por primeira intenção

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.4	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia Consultada:

BEVILACQUA, R. G.; AUN, F. **Manual de cirurgia.** São Paulo: EPU, 1995. 675 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n. 1 agosto/2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
2. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
3. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
4. separar e preparar os materiais;
5. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira e ou carrinho de curativo;
6. colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo;
7. posicionar os biombos;
8. colocar o paciente em posição segura e confortável e colocar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
9. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando com o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
10. fazer um orifício único no local da desinfecção utilizando agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
11. calçar a luva de procedimento;
12. retirar completamente o anti-séptico da pele com soro fisiológico 0,9%;
13. realizar a limpeza em sentido único do local da lesão para periferia;
14. cobrir a ferida cirúrgica com gaze estéril e fixar com filme de poliuretano não estéril;
15. manter a cobertura no local por 48 horas. Trocar antes deste tempo somente se a gaze umedecer com exsudato seroso ou com sangramento;
16. ferida cirúrgica após 48 horas sem pontos de drenagem, manter a mesma exposta;
17. ferida cirúrgica após 48 horas com pontos de drenagem deve-se
    17.1 avaliar a ferida cirúrgica;
    17.2 irrigar a ferida com soro fisiológico 0,9% em jato;
    17.3 secar com gaze estéril;
    17.4 cobrir a ferida com gaze estéril seca e ocluir com filme de poliuretano (rolo) não estéril;
    17.5 trocar o curativo novamente quando houver umidade de exsudato na gaze;
19. retirar àss luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
20. registrar no prontuário a data, a hora, as características da ferida cirúrgica como: presença

Título: Curativo de ferida cirúrgica com fechamento por primeira intenção

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.4	VDTE 016009		3 de 3

de hematoma, seroma, deiscência, abscesso, necrose e queixa de dor toda vez que trocar o curativo;

21. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo com cobertura de hidrogel amorfo

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.5	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Conforme avaliação da ferida e prescrição do Enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:

01 bandeja inox
02 luvas de procedimento
01 máscara cirúrgica
01 soro fisiológico 0,9%
recipiente para o frasco de soro
01 bola de algodão
01 almotolia de álcool a 70%
01 agulha descartável 25 x 8
02 pacotes de gaze estéril
compressa estéril *
01 tubo de hidrogel amorfo
01 curativo de filme transparente não estéril
esparadrapo
01 saco de lixo
01 lençol móvel
01 impermeável
02 biombos

*** Utilizar a compressa estéril de acordo com a exsudação e localização da ferida, respectivamente.**

CLASSE 06 FCM

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Fornecimento de umidade para o leito da ferida favorecendo o debridamento autolítico. Proteção das estruturas ósseas, musculares e tendões.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andréa Vieira Novaes	Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		
Avaliado por	Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Eline Lima Borges Cláudia Melo Franco	Enfermeira Professora Dra. da EEUFMG Enfermeira		Nov. /2006 Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Souza Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Nov./2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo com cobertura de hidrogel amorfo

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.5	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Recusa do paciente, discutir continuidade do tratamento.
Mudança nas características da ferida, avaliar necessidade de mudança de conduta.
Hipersensibilidade ao produto ou maceração das bordas, interromper o tratamento e avaliar nova conduta.

Bibliografia consultada:
ARCHER, E, et al. **Procedimentos e Protocolos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
AZEVEDO, M.F.; RODRIGUES, M.I.G.; HENNEMANN, T.L.A. **Feridas: série incrivelmente fácil.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
BORGES, E.L. et al. **Feridas: Como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
CÂNDIDO, L.C. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas.** Disponível em: http://www.feridologo.com.br Acesso em: 02 de agosto de 2006.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 nº. 1, agosto/2005.
DEALY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.** 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2001.
IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
9. posicionar os biombos;
10. colocar a máscara;
11. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
12. fazer um orifício único no local em que foi realizada a desinfecção utilizando agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
13. calçar a luva de procedimento na mão dominante;

Título: Curativo com cobertura de hidrogel amorfo

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.5	VDTE 016009		3 de 3

14. colocar o paciente em posição segura e confortável;
15. posicionar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
16. expor a região com lesão;
17. retirar delicadamente a cobertura anterior e desprezá-lo no lixo após envolvê-la com a luva que estava na mão dominante;
18. calçar nova luva de procedimento na mão dominante;
19. pegar o frasco de soro fisiológico a 0,9% com a mão não dominante irrigando o leito da lesão da parte superior para a inferior;
20. fazer uma boneca com a gaze estéril, com a mão enluvada, tocando apenas nas bordas da gaze de forma a não contaminar o centro;
21. secar a pele ao redor da lesão com gaze;
22. retirar a luva;
23. abrir o frasco de hidrogel amorfo;
24. aplicar uma camada fina de hidrogel sobre a lesão. Evitar aplicar o hidrogel muito próximo das bordas da lesão para evitar maceração peri-ferida;
25. fechar o tubo de hidrogel amorfo;
26. ocluir a lesão com coberturas interativas (hidrocolóide placa, Alginato de Ca++, Actisorb Plus, compressa absorvente de viscose não aderente, etc.);
27. usar hidrogel amorfo somente quando for necessário oferecer umidade à lesão;
28. usar gaze ou compressa estéril associada ao hidrogel amorfo, somente quando não houver indicação de cobertura interativa;
29. fixar a cobertura com atadura de crepom (enfaixamento) se a ferida localizar-se no abdome ou membros superiores e inferiores;
30. fazer uma etiqueta com tira de esparadrapo e anotar data, nome da cobertura e do responsável pela troca do curativo;
31. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
32. higienizar as mãos de acordo com a NT CCIH 002;
33. registrar no prontuário a data, a hora e evolução da lesão. incluir relato e queixas do paciente;
34. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo com cobertura de hidrocolóide

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.6	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Conforme avaliação da ferida (01 a cada 04 dias) e prescrição do Enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:
*pacote de gaze estéril;
01 bandeja de inox;
02 luvas de procedimento;
01 máscara cirúrgica;
01 soro fisiológico 0,9%;
01 recipiente para o frasco de soro;
01 bola de algodão;
01 almotolia de álcool a 70%;
01 agulha 25x8 mm;
fita de adesivo microporoso e/ou esparadrapo
hidrocolóide em placa;
hidrocolóide em grânulos ou pó (se indicado);
01 saco de lixo;
01 lençol móvel;
01 impermeável;
02 biombos.
***A quantidade variará de acordo com a extensão e exsudação da ferida.**

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Ferida protegida de agentes físico-químicos e biológicos. Oferecimento de condições locais ideais, ou seja, temperatura, umidade e hipóxia no leito da ferida. Favorecimento do debridamento autolítico em caso de presença de tecido necrótico.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andréa V.Novaes	Enfermeira Téc. de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Vera Lúcia de Araújo N. Lima Eline Lima Borges	Enfermeira Enfermeira Profa. Dra. da EEUFMG		Dezembro/2006 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Souza Leonor Gonçalves	VDTE VDTE		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo com cobertura de hidrocolóide

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.6	VDTE 016009		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Recusa do paciente: discutir a continuidade do tratamento.
Hipersensibilidade ao produto ou exsudato de volume acentuado: interromper o tratamento e avaliar a utilização de outra cobertura.

Bibliografia Consultada:
ARCHER, E, et al. **Procedimentos e Protocolos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
AZEVEDO, M.F.; RODRIGUES, M.I.G.; HENNEMANN, T.L.A. **Feridas: série incrivelmente fácil.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005.
BORGES, E.L. et al. **Feridas: Como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed,2001.
CÂNDIDO, L.C. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas.** Disponível em: http://www.feridologo.com.br
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10, nº. 1,agosto/2005.
DEALY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.** 2ªed. São Paulo: Atheneu,2001.
HEENAN, A. **Frequently asked questions: hydrocolloid dressings.** Kingdom United: Susie Calne, 1998. Disponível em: www.worldwide-wounds.com/1998/april/Hydrocolloid-FAQ/hydrocolloid--questions.html. Acesso em: 21 set. 2005.
IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
THOMAS, S. **Acomparative study of the properties of twelve hydrocolloid dressings.** Kingdom United: Susie Calne, 1997. Disponível em: www.worldwidewounds.com/1997/july/Thomas-Hydronet/hydronet.html. Acesso em: 21 set. 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
9. posicionar os biombos;

Título: Curativo com cobertura de hidrocolóide

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.6	VDTE 016009		3 de 3

10. colocar a máscara;
11. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
12. fazer um orifício único no local em que foi realizada a desinfecção utilizando agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
13. calçar as luvas de procedimento na mão dominante;
14. colocar o paciente em posição segura e confortável;
15. posicionar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
16. expor a região com lesão;
17. retirar a cobertura anterior delicadamente, no sentido dos pêlos, firmando a pele do paciente para não tracionar a lesão;
18. desprezar a cobertura de hidrocolóide no lixo após envolvê-la com luva de procedimento da mão dominante;
19. calçar nova luva de procedimento na mão dominante;
20. pegar o frasco do soro com a mão não dominante;
21. direcionar o jato de soro fisiológico 0,9% para o leito da lesão, irrigando-a da parte superior para a inferior;
22. fazer uma boneca com a gaze estéril, com a mão enluvada, tocando apenas nas bordas de forma a não contaminar o centro;
23. secar a pele ao redor da lesão com gaze;
24. aplicar hidrocolóide grânulos em 1/3 da lesão se houver exsudato de volume moderado ou necessidade de preencher espaço morto;
25. aplicar hidrocolóide placa sobre a lesão respeitando a margem de 2 cm de aderência na pele íntegra;
26. fazer uma etiqueta com tira de esparadrapo e anotar data, nome da cobertura e do responsável pela troca do curativo;
27. fazer moldura com fita de adesivo microporoso no hidrocolóide placa se houver risco de descolamento da mesma com a movimentação do paciente;
28. aplicar etiqueta sobre a cobertura de hidrocolóide;
29. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
30. higienizar as mãos de acordo com a NT CCIH 002;
31. registrar no prontuário a data, a hora e evolução da lesão. incluir relato e queixas do paciente;
32. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo com cobertura primária de alginato de cálcio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.7	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Conforme avaliação da ferida (01 a cada 03 dias) e prescrição do Enfermeiro.

Onde:
Unidades de internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e Ambulatório.

Condições necessárias:
01 bandeja inox;
01 agulha descartável 25 x 8 (21 g);
02 luvas de procedimento;
01 máscara cirúrgica;
01 luva estéril;
01 tesoura estéril[1];
01 seringa de 01 ml (insulina)[2];
01 soro fisiológico;
recipiente para o frasco de soro;
01 bola de algodão;
01 almotolia com álcool 70%;
02 pacotes de gaze estéril[3];
01 compressa estéril[4];
01 atadura de crepom;
esparadrapo;
placa de alginato de cálcio;
01 saco de lixo;
01 lençol móvel;
01 lençol impermeável;
02 biombos.

[1] Utilizar tesoura estéril caso seja necessário recortar a cobertura;
[2] utilizar o êmbolo da seringa para preencher descolamento com a cobertura;
[3] a quantidade variará de acordo com a extensão e a exsudação da ferida;.
[4] utilizar a compressa de acordo com a exsudação e localização da ferida. Em feridas menos exsudativas e de área menor substituir a compressa por gaze estéril.

CLASSE 06 FCM

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andréa Vieira Novaes	Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Eline Lima Borges	Enfermeira Profa. Dra. da EEUFMG.		Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Souza Leonor Gonçalves	VDTE VDTE		
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo com cobertura primária de alginato de cálcio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.7	VDTE 016009		2 de 4

Resultado esperado:
Ferida protegida de agentes físico-químicos e biológicos.
Oferecimento de condições locais ideais, ou seja, temperatura, umidade e hipóxia no leito da ferida.
Absorção de volume de exsudato de moderado a intenso.
Promoção da hemostasia e desbridamento favorecendo o desbridamento autolítico em caso de presença de tecido necrótico.

Em caso de não conformidade:
Em caso de redução do volume do exsudato, presença de odor desagradável e recusa do paciente, discutir a continuidade do tratamento. Hipersensibilidade ao produto, interromper o tratamento e avaliar a utilização de outra cobertura.

Bibliografia consultada:
ARCHER, E, et al. **Procedimentos e Protocolos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
AZEVEDO, M.F.; RODRIGUES, M.I.G.; HENNEMANN, T.L.A. **Feridas: série incrivelmente fácil.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
BEVILACQUA, R. G.; AUN, F. **Manual de cirurgia.** São Paulo: EPU, 1995. 675 p.
BORGES,E.L. et al. **Feridas: Como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
CÂNDIDO, L.C. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas.** Disponível em: http://www.feridologo.com.br
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 nº. 1, agosto/2005.
DEALY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.** 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2001.
DEHAUT,F.; MAINGAULT, M. **Kinetic binding of bacterial on two types of dressing: Algosteril, (calcium alginate) and Gauze.** In: EUROPEAN WORSHOP SURGERY-ENGINEERING: SYNERGY IN BIOMATERIAL APPLICATIONS, 1, 1994, Montpellier. [s.n.t.] (Xérox).
HEENAN, A. **frequently asked questions: hydrocolloid dressings.** Kingdom United: Susie Calne, 1998. Disponível em: www.worldwide-wounds.com/1998/april/Hydrocolloid-FAQ/hydrocolloid--questions.html. Acesso em: 21 set. 2005.
IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
THOMAS, S. **Alginate dressings in surgery and wound management – part 1.** J. Wound Care, v.9, n.2, p.56-60. 2000.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;

Título: Curativo com cobertura primária de alginato de cálcio

3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. umedecer a bola de algodão com álcool 70%;
8. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo;
9. colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
10. posicionar os biombos;
11. colocar máscara;
12. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
13. fazer um orifício único no local em que foi realizada a desinfecção utilizando agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
14. calçar a luva de procedimento na mão dominante;
15. colocar o paciente em posição segura e confortável;
16. posicionar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
17. expor a região com lesão;
18. retirar a cobertura anterior delicadamente;
19. se a cobertura secundária for compressa, desprezá-la no hamper; se gaze, desprezá-la no lixo. A cobertura primária (Alginato de Ca++) após ser retirada da lesão deve ser envolvida na luva da mão dominante e desprezada no lixo;
20. calçar nova luva na mão dominante;
21. pegar o frasco de soro fisiológico com mão não dominante;
22. direcionar o jato de soro fisiológico 0,9% para o leito da lesão irrigando-a da parte superior para a inferior;
23. fazer uma boneca de gaze estéril com a mão enluvada, tocando apenas nas bordas desta de forma a não contaminar o centro;
24. secar a pele ao redor da lesão com gaze;
25. retirar a luva da mão dominante;
26. abrir o invólucro da placa ou fita de Alginato de Ca++;
27. aplicar hidrogel amorfo caso haja exposição óssea ou tendão;
28. calçar luva cirúrgica ou estéril em ambas as mãos;
29. aplicar a placa de Alginato de Ca++ sobre a lesão, ultrapassando em 0,5cm. Caso seja necessário cortar a placa, deve-se utilizar tesoura estéril. Nas lesões com profundidade ou deslocamento, cortar a cobertura em formato de fita, e utilizar uma pinça do pacote de curativos ou o êmbolo da seringa de insulina para preencher o espaço da lesão;
30. aplicar sobre a cobertura de Alginato de Ca++ (primária) compressa estéril ou gaze estéril (cobertura secundária) dependendo do tamanho e volume do exsudato;
31. utilizar o enfaixamento para a fixação da cobertura quando a ferida for extensa e localizar-se na região abdominal, membros inferiores ou superiores;
32. aplicar o filme transparente não estéril sobre a cobertura secundária ou fazer uma moldura de adesivo microporoso para proteção da pele do paciente e vedar com esparadrapo comum;
33. aplicar a etiqueta sobre o curativo;
34. se o curativo não estiver protegido com filme transparente, ao encaminhar o paciente ao banho, o curativo deve ser coberto com plástico + esparadrapo;

Título: Curativo com cobertura primária de alginato de cálcio

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.7	VDTE 016009		4 de 4

35. deixar o paciente seguro e confortável e a unidade em ordem;
36. higienizar as mãos de acordo com a NT CCIH 002;
37. registrar no prontuário, a data, a hora e evolução da lesão. Incluir relato e queixas do paciente;
38. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo com cobertura primária de carvão ativado e prata

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.8	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Conforme avaliação da ferida (01 a cada 03 dias) e prescrição do enfermeiro.

Onde:
Unidades de internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e Ambulatório.

Condições necessárias:
01 bandeja inox;
02 luvas de procedimento;
01 máscara cirúrgica;
01 par de luva estéril;
01 seringa de 01 ml (insulina)[1];
01 soro fisiológico 0,9%;
01 recipiente para o frasco de soro;
01 bola de algodão;
01 almotolia com álcool 70%;
01 agulha descartável 25 x 8 mm (21 g);
pacote de gaze estéril[2];
01 compressa estéril[3];
01 atadura de crepom;
esparadrapo;
01 placa de carvão ativado e prata;
01 saco de lixo;
01 lençol móvel;
01 lençol impermeável;
02 biombos
cobertura de filme transparente não estéril

[1] **Utilizar o êmbolo da seringa para preencher descolamento com a cobertura;**
[2] **a quantidade variará de acordo com a extensão e a exsudação da ferida;**
[3] **na ausência de filme transparente, substituir por esparadrapo e adesivo microporoso;**
[4] **utilizar a compressa e atadura de acordo com a exsudação e localização da ferida. em feridas menos exsudativas e de área menor substituir a compressa por gaze estéril.**

CLASSE 06 FCM

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andréa Vieira Novaes	Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Vera Lucia de Araújo N.Lima Eline Lima Borges	Enfermeira Profa. Dra. da EEUFMG		Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Jan./2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo com cobertura primária de carvão ativado e prata

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.8	VDTE 016009		2 de 4

Resultado esperado:
Ferida protegida de agentes físico-químicos e biológicos. Oferecimento de condições locais ideais, ou seja, temperatura, umidade e hipóxia no leito da ferida otimizando o processo de cicatrização. Redução de odor desagradável e microrganismos no leito da lesão.

Em caso de não conformidade:
Recusa do paciente, discutir a continuidade do tratamento.
Mudança nas características da ferida: cobertura causando ressecamento na ferida, avaliar mudança de conduta.
Sangramento da ferida após a retirada da cobertura, avaliar mudança de conduta.
Hipersensibilidade ao produto, interromper o tratamento e avaliar a utilização de outra cobertura.

Bibliografia consultada:
ARCHER, E, et al. **Procedimentos e Protocolos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
BORGES, E.L. et al. **Feridas: Como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
CÂNDIDO, L.C. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas.** Disponível em: http://www.feridologo.com.br
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
DEALY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.** 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2001.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n. 1, agosto/2005.
DEHAUT, F.; MAINGAULT, M. **Kinetic binding of bacterial on two types of dressing: Algosteril, (calcium alginate) and Gauze.** In: EUROPEAN WORSHOP SURGERY-ENGINEERING: SYNERGY IN BIOMATERIAL APPLICATIONS, 1, 1994, Montpellier. [s.n.t.] (Xérox).
IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
WHITE, R.J. **A charcoal dressing with silver in wound infection: clinical evidence. Br J. Community Nurse.**, v.6, n.12 (Suppl. 2), p.4-11, Dec. 2001.
WHITE, R.J., **Historical review of the use silver in wound management.** Br. J. Nurse., v.10 (Suppl.), p.3-8. 2001.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;

Título: Curativo com cobertura primária de carvão ativado e prata

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.8	VDTE 016009		3 de 4

4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo;
8. colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
9. posicionar os biombos;
10. colocar máscara;
11. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
12. fazer um orifício único no local em que foi realizada a desinfecção utilizando agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
13. calçar a luva de procedimento na mão dominante;
14. colocar o paciente em posição segura e confortável;
15. posicionar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
16. expor a região com lesão;
17. retirar a cobertura anterior delicadamente;
18. se a cobertura secundária for compressa, desprezá-la no hamper; se gaze, desprezá-la no lixo. A cobertura primária (carvão ativado e prata) após ser retirada da lesão deve ser envolvida na luva da mão dominante e desprezada no lixo;
19. calçar nova luva na mão dominante;
20. pegar o frasco de soro fisiológico com mão não dominante;
21. direcionar o jato de soro fisiológico 0,9% para o leito da lesão irrigando-a da parte superior para a inferior;
22. fazer uma boneca de gaze estéril com a mão enluvada, tocando apenas nas bordas desta, de forma a não contaminar o centro;
23. secar a pele ao redor da lesão com gaze;
24. retirar a luva da mão dominante;
25. abrir o invólucro de carvão ativado e prata;
26. colocar luvas estéreis em ambas as mãos;
27. aplicar hidrogel amorfo nas áreas de exposições ósseas, tendão ou quando a lesão apresentar predomínio de tecido de granulação;
28. aplicar cobertura de carvão ativado e prata (a placa não pode ser cortada);
29. aplicar sobre a cobertura de carvão ativado e prata (primária) compressa estéril ou gaze estéril (cobertura secundária) dependendo do tamanho e volume do exsudato;
30. utilizar o enfaixamento para a fixação da cobertura quando a ferida for extensa e localizar-se na região abdominal, membros inferiores ou superiores;
31. aplicar o filme transparente não estéril sobre a cobertura secundária ou fazer uma moldura de adesivo microporoso para proteção da pele do paciente e vedar com esparadrapo comum;
32. aplicar a etiqueta sobre o curativo;
33. se o curativo não estiver protegido com filme transparente, ao encaminhar o paciente ao banho, o mesmo deve ser coberto com plástico + esparadrapo;
34. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
35. higienizar as mãos de acordo com a NT CCIH 002;

Título: Curativo com cobertura primária de carvão ativado e prata

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.8	VDTE 016009		4 de 4

36. registrar no prontuário a data, a hora e evolução da lesão. Incluir relato e queixas do paciente;
37. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo com cobertura de malha de acetato de celulose impregnada com petrolatum

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.9	VDTE 016099		1 de 3

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Após avaliação do Enfermeiro (01 a cada 03 dias).

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e Ambulatórios.

Condições necessárias:

02 luvas de procedimento;
01 máscara cirúrgica;
01 par de luva estéril;
01 frasco de soro fisiológico 0,9%;
01 recipiente para o frasco de soro;
01 bola de algodão;
álcool 70%;
01 agulha descartável 25 x 8 mm;
gaze estéril;
01 compressa estéril;
01 atadura de crepom;
01 cobertura de filme transparente não estéril;
01 rolo de malha de acetato de celulose impregnada em emulsão de petrolatum;
01 saco de lixo;
01 lençol móvel;
01 impermeável;
02 biombos.

CLASSE 06 FCM

Descrição da Instrução de Trabalho: vide páginas 2/3 e 3/3.

Resultados esperados:
Evitar a aderência do curativo na lesão (Acisorb Plus, Alginato de Ca++).
Proteção do tecido de granulação, evitando trauma da lesão e retardando o processo de cicatrização.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3
Em caso de não conformidade:

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Clarise Leite Jane Andréa Vieira Novaes	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Magna Patrícia Agreste Vera Lúcia de Araújo N. Lima Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Agosto/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo com cobertura de malha de acetato de celulose impregnada com petrolatum

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.9	VDTE 016099		2 de 3

Recusa do paciente, discutir continuidade do tratamento.
Hipersensibilidade ao produto, interromper o tratamento e fazer nova avaliação.

Bibliografia consultada:

AZEVEDO, M.F.; RODRIGUES, M.I.G.; HENNEMANN, T.L.A. **Feridas: série incrivelmente fácil.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10, nº1, agosto/2005
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. umedecer a bola de algodão com álcool 70%;
8. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo;
9. colocar o carrinho próximo ao leito e posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
10. garantir a privacidade do paciente;
11. colocar máscara;
12. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
13. fazer um orifício único no local em que foi realizada a desinfecção utilizando agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
14. calçar a luva de procedimento;
15. colocar o paciente em posição segura e confortável;
16. posicionar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
17. expor a região com lesão;
18. retirar a cobertura anterior delicadamente;
19. se a cobertura secundária for compressa, desprezá-la no hamper; se gaze, desprezá-la no lixo;
20. retirar luvas de procedimento;

Título: Curativo com cobertura de malha de acetato de celulose impregnada com petrolatum

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR VDTE	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.9	016099		3 de 3

21. calçar nova luva na mão dominante;
22. pegar o frasco de soro fisiológico com mão não dominante;
23. direcionar o jato de soro fisiológico 0,9% para o leito da lesão irrigando-a da parte superior para a inferior;
24. fazer uma boneca de gaze estéril com a mão enluvada, tocando apenas nas bordas desta, de forma a não contaminar o centro;
25. secar a pele ao redor da lesão com gaze;
26. retirar a luva da mão dominante;
27. calçar luva estéril;
28. se necessário recortar a cobertura, usar tesoura estéril;
29. aplicar a cobertura sobre o leito da lesão;
30. em caso de queimaduras de 1º e 2º graus, enxertia e abrasões, usar como cobertura secundária compressas esterilizadas;
31. para evitar aderência ou para proteção do tecido de granulação, aplicar a cobertura de malha de acetato de celulose impregnada com emulsão de petrolatum e, por cima deste, a cobertura indicada, e como cobertura secundária utilizar compressa esterilizada;
32. se ferida abdominal ou em membros extensos, enfaixar o abdome ou membro de acordo com ITTcorrespondente;
33. se ferida de pequena extensão aplicar o filme transparente não estéril sobre a gaze ou compressa;
34. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
35. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
36. registrar o procedimento no prontuário, informando: aspecto da ferida, presença e características do exsudato e queixas do paciente;
37. assinar e carimbar.

FIM

Título: Troca de cobertura secundária

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.10	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição do Enfermeiro.

Onde:
Unidades de internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo e Ambulatórios.

Condições necessárias:

01 Bandeja inox;
02 luvas de procedimento;
01 máscara cirúrgica;
01 par de luvas estéril;
01 soro fisiológico 0,9%;
01 almotolia de álcool a 70%;
01 agulha 25 x 8 mm;
gaze estéril;
compressa estéril;
01 bola de algodão;
01 atadura de crepom;
esparadrapo;
01 curativo de filme transparente não estéril;
01 saco de lixo;
01 lençol móvel;
01 impermeável;
01 biombo.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Redução dos riscos de maceração e dermatite da pele; Ferida protegida de agentes físico-químicos e biológicos**.**

Em caso de não conformidade:
Em caso de saturação da cobertura primária, o enfermeiro deverá realizar troca da mesma.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andréa Vieira Novaes	Enfermeira Téc. de Enferm. Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Janita Ferreira Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2006 Agosto/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Março/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Troca de cobertura secundária

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: FCM 02.10	Código: DIR VDTE 016009	Nº/Data da Rev.:	Página 2 de 3

Bibliografia Consultada:
ARCHER, E, et al. **Procedimentos e Protocolos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
AZEVEDO, M.F.; RODRIGUES, M.I.G.; HENNEMANN, T.L.A. **Feridas: série incrivelmente fácil.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
BORGES, E.L. et al. **Feridas: Como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
DEALY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano10, nº1, agosto/2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo. Ao colocar o carrinho próximo ao leito e posicionar a lixeira de forma a não cruzar o campo estéril;
8. colocar a máscara;
9. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando com o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
10. fazer um orifício único no local da desinfecção utilizando agulha 25 x 8 mm para formação do jato;
11. calçar luvas de procedimento;
12. colocar o paciente em posição segura e confortável;
13. expor o curativo;
14. retirar delicadamente a cobertura secundária (em caso de dúvida sobre a saturação da cobertura primária, solicitar avaliação do enfermeiro);
15. se a cobertura secundária for compressa, desprezá-la no hamper; se gaze, desprezá-la no lixo;
16. calçar novas luvas de procedimento;
17. fazer uma boneca com a gaze estéril, tocando apenas nas bordas desta, de forma a não contaminar o cento;

Título: Troca de cobertura secundária

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: FCM 02.10	Código: DIR VDTE 016009	Nº/Data da Rev.:	Página 3 de 3

18. umedecer a boneca com SF 0,9% direcionando o jato do soro para o centro da gaze;
19. passar sobre a pele ao redor da lesão (utilizando a boneca), em movimento de sentido único, da porção mais proximal da borda da ferida para a distal atentando para não tocar na cobertura primária;
20. secar a pele ao redor da lesão com boneca de gaze, em movimento de sentido único, da porção mais proximal da borda da ferida para a distal, atentando para não tocar na cobertura primária;
21. em presença de dermatite aplicar protetor cutâneo;
22. retirar as luvas;
23. fazer uma etiqueta com tira de esparadrapo e anotar: data, nome da cobertura primária e do responsável pela troca do curativo;
24. prender a etiqueta na lateral da bandeja;
25. abrir pacote de gaze ou compressa;
26. calçar a luva estéril;
27. aplicar a(s) gaze(s) ou compressa(s) sobre a cobertura primária;
28. Ocluir a ferida;
    - 28.1 se ferida abdominal ou em membro extenso
        - 28.1.1 enfaixar o abdome ou membro de acordo com ITT correspondente;
    - 28.2 se ferida de pequena extensão ou de acordo com a localização
        - 28.2.1 aplicar o filme transparente não estéril sobre a gaze (ou compressa); na falta deste usar adesivo microporoso;
29. retirar as luvas;
30. aplicar a etiqueta sobre o curativo;
31. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
32. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
33. registrar o procedimento no prontuário, informando: aspecto da pele ao redor da ferida, presença e características do exsudato e queixas do paciente;
34. assinar e carimbar.

FIM

Título: Adaptação de bolsa coletora em fístula abdominal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.11	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro e um Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Quando o paciente apresentar drenagem de secreção fistulosa abdominal, podendo causar irritação da pele circunjacente e/ou necessitar de mensuração de débito. A troca da bolsa coletora deve ser realizada somente se esta estiver descolando, saturada ou apresentar vazamento.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento e Centro de Tratamento Intensivo.

Condições necessárias:
01 bandeja inox;
01 bola de algodão;
04 luvas de procedimento;
01 máscara cirúrgica;
01 par de óculos de proteção;
01 gorro;
01 capote descartável;
01 frasco de soro fisiológico 0,9% de 250 ml;
01 recipiente para o frasco de soro;
01 almotolia de álcool a 70%;
01 agulha descartável 25 x 8;
Pacotes de gaze estéril[1];
Pacotes de compressa estéril[1];
01 frasco de protetor cutâneo;
01 saco de lixo;
01 lençol móvel;
01 impermeável;
02 biombos;
pasta para ostomia.
placa de resina;
bolsa de estomia de tamanhos variados recortável 70 mm ou 100mm2;
espátula descartável;
sistema de drenagem aberto[3].
esparadrapo.

[1] a quantidade variará de acordo com a extensão e exsudação da ferida.
[2]de acordo com a área da lesão.
[3] utilizar de acordo com o débito.

CLASSE 06 FCM

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4

Em caso de não conformidade: vide página 2/4

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andrea Vieira Novaes	Técnica de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Junho/2007
Avaliado por	Ângela Aparecida de Lima Antonieta Lourdes de Souza Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Telma Miguel	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2007 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Adaptação de bolsa coletora em fístula abdominal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.11	VDTE 016009		2 de 4

Resultado esperado:
Ferida protegida, sem maceração das bordas, com possibilidade de mensuração da drenagem e conforto para o paciente.

Em caso de não conformidade:
Caso o tempo de permanência seja menor que 24 horas, optar por curativo com compressa e enfaixamento com trocas freqüentes e proteção da área peri-ferida. Caso haja sangramento ou exposição de alça intestinal o médico deve ser comunicado.

Bibliografia consultada:
ARCHER, E, et al. **Procedimentos e Protocolos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
BEVILACQUA, R. G.; AUN, F. **Manual de cirurgia.** São Paulo: EPU, 1995. 675 p.
Código de Ética da Enfermagem versão 2007.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10, n. 1, agosto/2005.
SANTOS, V.L.C.G., CESARETTI, I.U.R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado.** São Paulo: Atheneu, 2001.
SWCARINGEN, P.L., **Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 3.ed., 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. umedecer a bola de algodão com álcool a 70%;
8. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo. Ao colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
9. posicionar os biombos;
10. colocar a máscara, óculos, gorro e o capote descartável;
11. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando com o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;

Título: Adaptação de bolsa coletora em fístula abdominal

12. fazer um orifício único no local da desinfecção, utilizando a agulha descartável 25 x 8 para formação do jato;
13. calçar a luva de procedimento;
14. colocar o paciente em posição segura e confortável;
15. posicionar o impermeável e o lençol móvel sob a lesão;
16. expor o abdome;
17. retirar o curativo ou bolsa delicadamente; se compressas desprezá-las no hamper da enfermaria/quarto;
18. posicionar a compressa abaixo do local da ferida para absorver o soro utilizado na limpeza da ferida de forma a não molhar as roupas do paciente;
19. direcionar o jato do frasco de soro fisiológico 0,9% para o leito da laparostomia, lavando de cima para baixo, até retirar toda a secreção do leito da mesma;
20. fazer uma boneca com a gaze estéril, tocando apenas nas bordas desta, de forma a não contaminar o centro;
21. secar a pele ao redor da lesão (utilizando a boneca), em movimento de sentido único, na pele peri-ferida da porção mais proximal da lesão para a distal;
22. avaliar a ferida; caso haja possibilidade de iniciar o tratamento com alguma cobertura diferenciada, seguir ITT correspondente ;caso mantenha a bolsa coletora, seguir os passos adiante;
23. retirar a luva de procedimento;
24. medir a porção inferior da ferida utilizando o plástico da gaze de forma que o seu interior (lado estéril) fique voltado para a ferida;
25. marcar o formato da porção inferior da ferida na bolsa e recortá-la;
26. fazer uma etiqueta usando uma tira de esparadrapo e anotar: a data e o nome do responsável pela adaptação da bolsa;
27. posicioná-la na lateral do carrinho de curativo ou mesinha de cabeceira;
28. se necessário o alinhamento da pele peri-ferida, aplicar a pasta de estomia com a espátula, o suficiente para manter a bolsa no mesmo nível da pele, facilitando a sua adesão;
29. se necessário à proteção da pele peri-ferida, aplicar o protetor cutâneo, conforme ITTcorrespondente;
30. calçar outro par de luvas;
31. cortar a placa de resina, de acordo com a extensão superior da laparostomia, de forma a permitir adaptação com a porção superior da bolsa coletora;
32. observar a posição usual do paciente, antes de aplicar a bolsa coletora, planejando a posição do orifício de drenagem da bolsa de modo que a gravidade facilite a drenagem;
33. aplicar a placa sobre o abdome, deixando uma margem de aproximadamente 03 cm sobre a pele peri-ferida;
34. adaptar a bolsa na porção inferior da placa de resina e da laparostomia;
35. manter pressão no local por aproximadamente 05 minutos para garantir uma boa adesividade da bolsa e da placa;
36. solicitar ao paciente que faça repouso de aproximadamente 30 minutos para garantir a aderência da bolsa e da placa;
37. adaptar o sistema de drenagem aberto na porção drenável da bolsa;
38. aplicar a etiqueta na bolsa;
39. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem. Desprezar soro fisiológico caso não usado em sua totalidade;

Título: Adaptação de bolsa coletora em fístula abdominal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.11	VDTE 016009		4 de 4

40. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
41. registrar o procedimento no prontuário informando o aspecto da ferida operatória e pele peri-ferida, presença e aspecto da secreção e queixas do paciente;
42. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo de laparostomia sem bolsa de Bogotá

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.12	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro e um Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Três vezes ao dia ou de acordo com avaliação do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação e Pronto Atendimento.

Condições necessárias:

luva estéril;
luvas de procedimento;
gaze estéril;
compressa estéril;
soro fisiológico 0,9% 250 ou 500 ml1;
recipiente para o frasco de soro;
esparadrapo;
lençol móvel;
impermeável;
bandeja inox;
agulha 25 x 8;
algodão;
álcool 70%;
luva de procedimento;
atadura de 30 centímetros;
máscara cirúrgica;
gorro;
capote descartável;
óculos de proteção;
protetor cutâneo.
bandeja inox;
biombo.
1 De acordo com a extensão da lesão.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Ferida limpa, protegida e sem maceração das bordas.

Em caso de não conformidade:
Caso haja exposição de alça intestinal com risco de evisceração o médico deve ser comunicado.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andrea Vieira Novaes	Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Junho/2006
Avaliado por	Ângela Aparecida de Lima Antonieta de Lourdes de Souza Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Telma Nogueira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Março/2007
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo de laparostomia sem bolsa de Bogotá

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: FCM 02.12	Código: DIR VDTE 016009	Nº/Data da Rev.:	Página 2 de 3

Bibliografia Consultada:
BEVILACQUA, R. G.; AUN, F. **Manual de cirurgia.** São Paulo: EPU, 1995. 675 p.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n. 1, agosto/2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação. Para encaminhar o paciente ao banho o curativo deve ser protegido com plástico + esparadrapo (se não estiver com filme transparente). Avaliar os riscos de movimentação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. levar o material para a Unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo. Ao colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
7. posicionar o biombo;
8. vestir o capote impermeável, colocar máscara, gorro e óculos;
9. dobrar a atadura de acordo com a ITT correspondente;
10. colocar o paciente em posição segura e confortável – de preferência em posição semi-fowler;
11. posicionar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
12. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado o furo) friccionando com o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
13. fazer um orifício único no local da desinfecção utilizando agulha 25 x 8 para formação do jato;
14. calçar as luvas de procedimento;
15. expor o curativo, preservando a intimidade do paciente;
16. retirar o curativo anterior. Em caso de sangramento, presença de secreção fecalóide, necrose, sinais de isquemia ou mudança no aspecto do exsudato, evisceração, comunicar ao enfermeiro e/ou médico;
17. lavar a ferida com soro fisiológico 0,9% em jato direcionando-o para o leito da ferida;
18. fazer uma boneca com a gaze estéril, tocando apenas nas bordas, de forma a não contaminar o centro da gaze;
19. secar a pele ao redor da lesão (utilizando a boneca), em movimento de sentido único, da borda externa lesão (pele íntegra) à região distal da mesma;
20. caso haja indicação do uso de alguma cobertura de última geração ou adaptação de bolsa coletora, seguir ITT correspondente;

Título: Curativo de laparostomia sem bolsa de Bogotá

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: FCM 02.12	Código: DIR VDTE 016009	Nº/Data da Rev.:	Página 3 de 3

21. retirar as luvas de procedimento;
22. abrir o (s) pacote (s) de compressa;
23. calçar luvas estéreis;
24. umidificar a compressa;
25. colocar sobre o leito da lesão;
26. aplicar outra (s) compressa (s) sobre a compressa úmida;
27. aplicar o protetor cutâneo de acordo com ITT correspondente;
28. enfaixar o abdome conforme ITT correspondente;
29. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem. desprezar soro fisiológico, caso não seja totalmente utilizado;
30. higienizar as mãos;
31. registrar no prontuário o aspecto da ferida operatória e pele peri-ferida, presença e aspecto da secreção e queixas do paciente/cliente;
32. avaliar a próxima troca de acordo com a drenagem;
33. assinar e carimbar.

FIM

Título: Curativo de laparotomia com bolsa de Bogotá

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.13	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro e um Técnico de Enfermagem.

Quando:
Três vezes ao dia ou de acordo com a avaliação do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação e Pronto Atendimento.

Condições necessárias:

luva estéril;
luvas de procedimento;
gaze estéril;
compressa estéril;
soro fisiológico 0,9% 500 ml;
recipiente para o frasco de soro;
esparadrapo;
lençol móvel;
impermeável;
bandeja inox;
agulha descartável 25 x 8;
algodão;
álcool 70%;
atadura de 30 centímetros de largura;
máscara cirúrgica;
gorro;
capote descartável;
óculos de proteção;
protetor cutâneo;
biombo.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Ferida limpa, protegida e sem maceração das bordas.

Em caso de não conformidade:
Em caso de rompimento dos pontos de fixação da bolsa de Bogotá, o médico e/ou enfermeiro deve ser comunicado.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ana Maria de Paula Santos Ramos Clarise Leite Jane Andrea Vieira Novaes	Enfermeira Técnica de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Telma Miguel	Enfermeira Enfermeira		Março/2007
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Curativo de laparotomia com bolsa de Bogotá

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.13	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia Consultada:
BEVILACQUA, R. G.; AUN, F. **Manual de cirurgia.** São Paulo: EPU, 1995. 675 p.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n. 1, agosto/2005.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira e ou carrinho de curativo. Ao colocar o carrinho próximo ao leito, posicionar o lixo de forma a não cruzar o campo dos materiais;
7. posicionar o biombo;
8. vestir o capote impermeável, colocar máscara, gorro e óculos;
9. retirar três tiras de esparadrapo de 20 centímetros de comprimento por 3 centímetros de largura ;
10. fixar as pontas das tiras de esparadrapo no carrinho de curativo;
11. dobrar a atadura de acordo com a ITT correspondente;
12. colocar o paciente em posição segura e confortável – de preferência em posição semi-fowler;
13. posicionar o impermeável e o lençol móvel ao nível da lesão;
14. fazer desinfecção da borda superior do frasco de soro fisiológico 0,9% (no local onde será realizado) o (furo) friccionando com o algodão embebido em álcool 70% por 30 segundos;
15. fazer um orifício único no local da desinfecção utilizando agulha 25 x 8 para formação do jato;
16. calçar as luvas de procedimento;
17. posicionar o paciente em decúbito dorsal com cabeceira elevada a 30 graus;
18. expor o curativo preservando a intimidade do paciente;
19. retirar o curativo anterior. Em caso de sangramento, presença de secreção fecalóide, necrose, sinais de isquemia ou mudança no aspecto do exsudato, comunicar ao enfermeiro e/ou médico;
20. lavar a ferida com soro fisiológico 0,9% em jato direcionando-o para os locais de abertura entre os pontos de fixação da bolsa e os orifícios, quando presentes. Em caso de acúmulo de soro fisiológico no interior da bolsa de Bogotá comunicar ao médico;
21. fazer uma boneca com a gaze estéril, tocando apenas nas bordas desta, de forma a não contaminar o centro;

Título: Curativo de laparotomia com bolsa de Bogotá

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 02.13	VDTE 016009		3 de 3

22. secar a pele ao redor da lesão (utilizando a boneca) em movimento de sentido único, da borda da pele peri- Bogotá à região distal da mesma. Caso a bolsa de Bogotá solte, comunicar o médico antes de completar o procedimento;
23. aplicar o protetor cutâneo de acordo com ITT correspondente;
24. retirar as luvas de procedimento;
25. abrir o(s) pacote(s) de compressa;
26. calçar luvas estéreis;
27. colocar a(s) compressa(s) seca(s) sobre a bolsa de Bogotá, respeitando os limites da mesma;
28. enfaixar o abdome conforme ITT correspondente. Não fixar esparadrapo diretamente na pele do paciente;
29. deixar o paciente seguro e confortável e a unidade em ordem. Desprezar soro fisiológico, caso não seja totalmente utilizado;
30. retirar as luvas e higienizar as mãos;
31. registrar no prontuário o aspecto da ferida operatória e pele peri-ferida, presença e aspecto da secreção e queixas do paciente/cliente. Avaliar a freqüência de troca de acordo com a drenagem;
32. assinar e carimbar.

FIM

Título: Retirada de pontos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 03.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Centro de Tratamento Intensivo, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

01 bandeja
01 pacote de curativo e de gaze estéril
01 máscara facial descartável se cateter central
02 luvas de procedimento
soro fisiológico
almotolia de PVPI aquoso a 10% ou Clorexidine, para pacientes alérgicos e neonatos

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Remoção segura e eficaz do fio cirúrgico.

Em caso de não conformidade:
Em caso de deiscência ou processo inflamatório/infeccioso no local comunicar ao médico assistente antes de realizar o procedimento;
Em caso de dificuldade na retirada do fio cirúrgico, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: continuação na página 2/3.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Angela Aparecida de Lima	Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006
Avaliado por	Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Julho/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro /2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

CLASSE 06 FCM

Título: Retirada de pontos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 03.1	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n. 1, agosto/2005.
KOCH, R. M., et. Al. **Técnicas básicas de enfermagem.** 20ª ed. Curitiba, Século XXI, 2004.
PEREIRA, E.R., et al. **Manual de procedimentos básicos de enfermagem.** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2001. 125p
POTTER e PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 5ª edição, Rio de Janeiro: Koogan, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e encaminhar o material à unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
7. colocar o biombo se indicado e a máscara facial se cateter central;
8. posicionar o paciente de forma segura e confortável, expondo apenas o local da sutura;
9. abrir o pacote de curativo com técnica estéril;
10. dispor as pinças em cima e na borda do campo estéril com auxílio da pinça servente, pegando apenas nos cabos das pinças e das tesouras e posicionando-os com a parte contaminada para fora do campo;
11. abrir o pacote de gaze e colocá-las dentro do campo estéril distante das pinças, sempre com técnica estéril;
12. calçar as luvas de procedimento;
13. retirar o curativo se houver, com auxilio da pinça anatômica, retornando com a mesma para a borda do campo;
14. com o auxilio das pinças hemostática e dente de rato, fazer uma “boneca” com a gaze, umedecer em solução de PVPI ou Clorexidine;
15. iniciar a antissepsia com movimentos em uma única direção, sempre trocando a gaze e retirar o PVPI ou clorexidine com solução fisiológica, utilizando a mesma técnica;
16. separar uma gaze próxima a incisão para colocar os fios retirados;
17. pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;
18. pegar a tesoura e cortar o fio abaixo do nó cirúrgico, próximo à pele;
19. puxar o ponto retirá-lo observando se está completo e colocá-lo sobre a gaze próxima à incisão;
20. proceder da mesma forma para os demais pontos;
21. fazer nova anti-sepsia do local ao terminar a retirada dos pontos, observando a área;

Título: Retirada de pontos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 03.1	VDTE 016009		3 de 3

22. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
23. retirar as luvas, a máscara se usada e lavar as mãos conforme NT CCIH 002;
24. registrar no prontuário a data, a hora, o número de pontos retirados e as características da área;
25. assinar e carimbar.

FIM

Título: Enfaixamentos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 04.1	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica e/ou do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Centro de Tratamento Intensivo, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

02 ataduras de crepon da largura indicada	algodão ortopédico, se adequado
20 cm de esparadrapo	malha tubular, se adequado
02 luvas de procedimento	

Descrição da Instrução de Trabalho: viide página 2/4 e 3/4.

Resultado esperado:
Imobilização, compressão, isolamento, aquecimento e proteção de partes do corpo conforme indicação, proporcionando conforto e segurança ao paciente.

Em caso de não conformidade:
No caso de compressão exagerada que afete circulação ou padrão respiratório, retire a atadura e proceda a novo enfaixamento.
No caso de queixa contínua do paciente, sangramento local ou outra alteração não esperada, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida de Lima Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2006
Avaliado por	Magda Patrícia O. Agreste Elisabete da Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira Glauciane Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Novembro/2006 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Novembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Enfaixamentos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data da Rev.:	Página
04/2009	FCM 04.1	VDTE 016009		2 de 4

Continuação da bibliografia consultada:
KOCH, R. M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 20. ed. Curitiba: Século XXI 2004.
POTTER, P.A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar o material colocá-lo na bandeja e levar para a unidade do paciente colocando-a sobre a mesa de cabeceira;
7. calçar as luvas de procedimento;
8. identificar o local do enfaixamento, no caso de lesões, protegê-las antes com curativo conforme ITTespecífica;
9. posicionar o paciente de forma a facilitar o acesso ao segmento a ser enfaixado;
10. executar o enfaixamento sem pressionar excessivamente a atadura;
11. iniciar o enfaixamento sempre da parte distal, desenrolando a atadura da esquerda para direita, com o rolo da atadura para cima em uma das mãos. Escolher o tipo de enfaixamento adequado à região
    - 11.1 circular: utilizada para cobrir regiões pequenas como: dedo, testa, pescoço, pulso. Aplicar a atadura, superpondo por completo à volta anterior. Fixar a atadura na primeira volta e na volta final (FIG.9);
    - 11.2 espiral: é usada em partes cilíndricas do corpo: braço, antebraço, dedos e pernas. A atadura ascende uma região do corpo, a cada volta, superpondo-se a anterior pela metade ou 2/3 da largura da atadura (FIG.10);
    - 11.3 reversa ou espiral invertida: é utilizada para cobrir as partes do corpo em forma de cone: antebraço, coxa, perna e panturrilha. em cada volta, se inverte a atadura, de tal forma que sua face interna fique sendo externa e na seguinte, volte a ser interna (FIG.11);
    - 11.4 cruzada em oito: É utilizado para cobrir articulações. Consiste em cruzar a atadura em forma de oito (8), cada volta cruza a anterior para formar a figura oito (FIG.12);
    - 11.5 recorrente: utilizada para cobrir partes desiguais do corpo como cabeça, cotos e pés. A atadura é primeiramente fixada com duas voltas circulares ao redor da extremidade proximal da região do corpo, metade da volta é feita perpendicularmente para cima. A partir da borda da atadura, o corpo da atadura é trazido sobre a extremidade distal da região do corpo para ser coberta a cada volta dobrada sobre si mesma (FIG.13);
    - 11.6 abdome: usa-se a faixa como cinta, deve-se abri-la em toda a sua extensão, deitar uma parte sobre a outra formando 3 camadas de faixa, colocar sob as costas do paciente e

Título: Enfaixamentos

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: FCM 04.1	Código: DIR VDTE 016009	Nº/Data da Rev.:	Página 3 de 4

envolver o abdome transpassando as extremidades uma sobre as outras;

12. terminar o enfaixamento distante das articulações. Fazer uma dobra de aproximadamente 2 cm e fixá-la com esparadrapo;
13. para avaliar a adequação da pressão aplicada, verificar a perfusão das extremidades para enfaixamento de membros, e observar o padrão respiratório para enfaixamento torácico ou abdominal;
14. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
15. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
16. registrar no prontuário a data, hora, o local e tipo de enfaixamento realizado e qualquer queixa do paciente se houve;
17. assinar e carimbar.

FIM

FIGURA 9 – Bandagem circular
www.fisio2007arquivos2.blogger.com.br/bandagemcircular

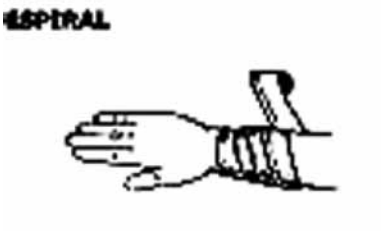


FIGURA 10 – Bandagem espiral
www.fisio2007arquivos2.blogger.com.br/bandagemespiral

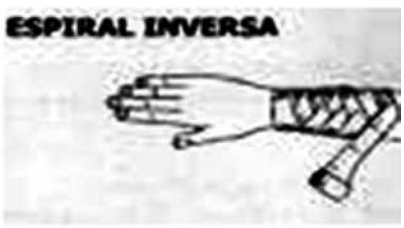


FIGURA 11 - Bandagem espiral inversa
www.fisio2007arquivos2.blogger.com.br/bandagemespiralinversa

Título: Enfaixamentos

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: FCM 04.1	Código: DIR VDTE 016009	Nº/Data da Rev.:	Página 4 de 4

FIGURA 12 - Bandagem em oito
www.fisio2007arquivos2.blogger.com.br/BANDAGEM-8

FIGURA 13 - Bandagem recorrente
www.fisio2007arquivos2.blogger.com.br/BANDAGEM-recorrente

Instrução de Trabalho Técnico

Necessidade humana básica - Regulação

CLASSE
07
REG

Título: Mensuração de peso e altura

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 01.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Quando:
Na admissão do paciente e conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 balança antropométrica (de mesa ou pedestal) ou digital

01 régua antropométrica, na falta da mesma usar uma fita métrica

01 fralda de pano ou papel de consultório

02 folhas de papel toalha

Descrição da Instrução de Trabalho: Vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Obtenção dos valores corretos e exatos do peso e da altura.

Em caso de não conformidade:
Em caso de criança agitada, esperar a mesma acalmar, pesar com a mãe e descontar o peso desta.
Em caso de adultos impossibilitados de manter-se em pé, estimar o peso aproximado.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
BORK, A. M. T. **Enfermagem Baseada em Evidência.** Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005.

CLASSE 07 REG

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett Reis Maria de Fátima S. de S. e Silva Denise Ferreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Téc. de enfermagem		Novembro/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Monalisa Maria Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Julho/2008 Julho/2008 Julho/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Mensuração de peso e altura

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: REG 01.1	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
PONTÍFICE UNIVERSIDADE CATÓLICA - PUC - MINAS/Educação Continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão.**
POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5ª ed. Guanabara Koogan. 2004
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. F**undamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas**. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. Ambulatórios Bias Fortes.** Enfermagem Normas e Rotinas. Belo Horizonte, 2003.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar prescrição médica ou do enfermeiro e sempre realizar o procedimento durante a admissão do paciente;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. avaliar as condições clínicas quanto à locomoção do paciente até a balança ou encaminhar a balança até o paciente;
7. travar a balança e transportá-la com cuidado, até o paciente, se for o caso;
8. observar para que o paciente esteja com roupas leves, bexiga vazia, e, realizar a medida sempre no mesmo horário; de preferência, pela manhã em jejum;
9. verificar se a balança está no piso plano, seco e não escorregadio;
10. forrar a balança
    10.1 para adultos - utilizar papel toalha;
    10.2 para bebês - utilizar fralda de pano. Em prematuros pesar o bebê enrolado e descontar o peso da fralda;
11. regular ou tarar a balança: colocar os mostradores em zero, levantar o pino da trava, girar o parafuso da calibragem para direita ou para esquerda, nivelando o fiel da balança e abaixar o pino da trava. Em caso de balança digital, apertar o botão de tara;
12. orientar o paciente para retirar os sapatos ou chinelos;
13. auxiliar o paciente a subir na balança, colocando-o ereto no centro da mesma, com os pés unidos, os braços soltos ao longo do corpo e de costas para a escala graduada;
14. para crianças, colocá-las deitadas sem roupa sobre a balança;
15. destravar a balança;
16. mover o indicador de quilos até a marca do peso aproximado do paciente;

Título: Mensuração de peso e altura

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 01.1	VDTE 016009		3 de 3

17. mover o indicador de gramas até equilibrar o fiel da balança;
18. atentar para que o paciente não toque em nada;
19. leia a escala graduada ou o visor do peso indicado (peso e gramas);
20. retornar os pesos ao ponto zero e abaixar o pino da trava;
21. em crianças maiores com dificuldade de permanecerem sozinhas na balança, pode-se pesar a criança e a mãe ou acompanhantes juntos, e excluir o peso da mãe ou acompanhante para se obter o peso da criança;
22. mantendo o corpo ereto, solicitar ao paciente que olhe para frente;
23. levantar a haste graduada até o nível sobre a cabeça (leve apoio);
24. faça a leitura do dado obtido (metros e centímetros);
25. descer e travar a haste;
26. auxiliar o paciente a descer da balança;
27. na criança e em recém-nascidos a estatura é obtida com régua graduada. A criança deverá estar deitada com as pernas esticadas. Os suportes da régua graduada fazem leve apoio sobre a cabeça e sobre os pés, que estarão a 90°;
28. retornar com o paciente ao leito ou com a balança para o seu devido lugar;
29. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
30. fazer desinfecção da balança e da régua após o uso com álcool a 70%;
31. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
32. registrar no prontuário, a data, a hora e os valores obtidos;
33. assinar e carimbar.

FIM

Título: Mensuração do balanço hídrico em adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 01.2	VDTE 016009		1 de 5

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica ou do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, e Setores de Diagnóstico e Propedêutica e Terapêutica

Condições necessárias:

01 impresso próprio (ANEXO A e B)
01 jarro ou vidro graduado
01 cuba rim
01 funil
01 balança de mesa digital
01 comadre ou 01 marreco
04 unidades de luvas de procedimento

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/5 e 3/5.

Resultado esperado:
Controlar a diferença entre o ganho e a perda de líquidos durante um intervalo proposto.

Em caso de não conformidade:
Em caso de perda de mensuração de uma ou mais eliminações comunicar ao enfermeiro e médico, continuando com o processo.
Em caso de total impossibilidade de medir, por exemplo: transpiração excessiva ou diarréia profusa, pesar as roupas e anotar.

Bibliografia consultada: continuação na página 2/5
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006
Avaliado por	Emerson Roberto de Oliveira Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeiro Enfermeira Enfermeira		Fevereiro/2007 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Março/2007 Outubro2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R.Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Mensuração do balanço hídrico em adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 01.2	VDTE 016009		2 de 5

Continuação da bibliografia consultada:
POTTER, P. A. & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogans. S. A. 2004.
PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa.** 2ª ed. Porto Alegre. Artmed Editora, 2001.
POTTER, P. A. & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogans. S. A. 2004.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente e identificá-lo pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
3. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e separar e preparar os materiais para mensuração de líquidos eliminados;
4. identificar o cabeçalho do impresso de balanço hídrico, a comadre, o marreco e o jarro graduado;
5. levar o material para a unidade do paciente: colocar o impresso no prontuário e a cuba rim na mesa de cabeceira. Colocar no banheiro o jarro graduado, o funil e o marreco ou comadre;
6. reorientar o paciente e/ou acompanhante a medir e anotar todas as ingestões e eliminações, e a chamar a enfermagem, em caso de não conseguir ou ter qualquer dúvida. Em caso de pacientes acamados, ficará a cargo da enfermagem;
7. apresentar os copos com as medidas usadas no setor;
8. na coluna líquidos administrados, deve se anotar as vias
   8.1 parenteral
      8.1.1 todos os tipos de soros, suporte nutricional e medicações endovenosas;
      8.1.2 hemocomponentes, plasmas, plaquetas e albuminas são somados, porém, o concentrado de hemácia será apenas relacionado, não somado;
   8.2 oral – todos os líquidos incluindo os sorvetes, gelatinas e sopas (acima de 50 ml nos adultos);
   8.3 sonda – além das dietas, incluir a água para lavar e hidratar o paciente;
9. na coluna, líquidos eliminados, devem ser anotados: toda a diurese, as drenagens ou aspirados de sondas ou drenos, vômitos, diarréia, suor, sangramentos e drenagem de feridas. Para cada cruz de sudorese em 1:00, calcula-se 10ml;
10. ao término do intervalo proposto somar as colunas;
11. somar os líquidos administrados e dar o sinal de (+);
12. somar os líquidos eliminados e dar o sinal de (-);
13. verificar a diferença entre os dois e dar o sinal do maior;
14. em caso da diferença estar acentuada (vide abaixo) comunicar ao enfermeiro e ao médico;

Título: Mensuração do balanço hídrico em adulto

APÊNDICE C - Ganhos e perdas médios diários de líquidos no adulto

Ganhos líquidos	(ml)	Perdas de líquidos (ml)	
Líquidos ingeridos	1300	Rins	1500
Alimentos ingeridos	1000	Pele - perda insensível	200-400
Oxidação metabólica	300	- Perda sensível	300-500
		Pulmões	400
		Gastrintestinal	100
Total	**2600**	**Total**	**2500 – 2900**

15. registrar em impresso padronizado (ANEXO A E B), a data, a hora, o resultado e a atitude tomada, se houver;
16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Mensuração do balanço hídrico em adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 01.2	VDTE 016009		4 de 5

ANEXO A - Folha de controle de líquidos - frente

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Controle de Líquidos

NOME		LEITO
DATA	CLÍNICA	REG.Nº

HORAS	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS					LIQUIDOS ELIMINADOS					BALANÇO
	PARENTERAL			ORAL E SONDA		URINA	SUOR	OUTROS			
	TIPO	QUANT. IND.	QUANT. ADM.	TIPO	QUANT.	VOLUME	+ A ++++				
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
TOTAL DE 12 HORAS											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
TOTAL DE 12 HORAS											
TOTAL DE 24 HORAS											

OBSERVAÇÕES

HC 009

Título: Mensuração do balanço hídrico em adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 01.2	VDTE 016009		5 de 5

ANEXO B - Folha de controle de líquidos - verso

DATA

HORAS	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS					LIQUIDOS ELIMINADOS					BALANÇO
	PARENTERAL			ORAL E SONDA		URINA	SUOR	OUTROS			
	TIPO	QUANT. IND.	QUANT. ADM.	TIPO	QUANT.	VOLUME	+ A ++++				
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
TOTAL DE 12 HORAS											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
TOTAL DE 12 HORAS											
TOTAL DE 24 HORAS											

OBSERVAÇÕES

Título: Verificação de temperatura axilar

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica ou do enfermeiro e sempre que a avaliação clínica do paciente exigir.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulância e Domicílio.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox
01 relógio
02 bolas de algodão com álcool a 70%
papel-toalha
01 Impresso de sinais vitais
01 caneta
01 termômetro de vidro ou digital

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Aferição da temperatura axilar compatível com o quadro apresentado pelo paciente.

Em caso de não conformidade:
Verificar se o termômetro se deslocou da posição inicial. Em caso positivo, repetir o processo de aferição.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

CLASSE 07 REG

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett Reis Maria de Fátima Seixas de Souza e Silva Odaléa Guimarães Ribeiro Denise Ferreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Téc. de Enfermagem		07/04/2006
Avaliado por	Angela Aparecida de Lima Antonieta Lourdes de Souza Caroliny Alves Pessoa Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		05/10/2006 Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		09/10/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Verificação de temperatura axilar

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.1	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

MINOR, M.A.D. e MINOR, S.D. Sinais Vitais. In:_____. **Procedimentos e cuidados com paciente.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap.3, pág. 33 – 48.Trad. Giuseppe Taranto; Revisão técnica Eliane Ferreira.

MOTTA, A. L. C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem.** 3.ed. Tatuapé: Iátria, 2005. 204 p.

MAMEDE, M.V. CARVALHO, E.C. CUNHA, A.M.P. (coord.). **Técnicas em Enfermagem.** 2.ed.São Paulo:Sarvier,1984.209p.

POTTER, P. A. E PERRY, A. G**. Fundamentos de Enfermagem.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica e/ou do enfermeiro ou a necessidade do paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. preparar o material no posto de enfermagem e colocá-lo na bandeja;
4. levar a bandeja com o material para o leito do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira do paciente;
5. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
6. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante;
7. orientar o paciente e ou família sobre o procedimento e sua finalidade;
8. friccionar o termômetro com álcool a 70% por 30 segundos para desinfecção;
9. em caso de termômetro de vidro, reduzir a coluna de mercúrio a menos de 35º c utilizando força centrífuga (com movimentos firmes). Em caso de termômetro digital, ligá-lo e aguardar o sinal indicativo de que o termômetro está pronto para ser usado;
10. posicionar o paciente em decúbito dorsal ou assentado, se possível, e descobrir o ombro e o braço do mesmo;
11. verificar se a axila está seca e íntegra, se necessário, enxugá-la com papel-toalha;
12. colocar o bulbo do termômetro no oco axilar em contato direto com a pele;
13. solicitar ao paciente para comprimir o braço de encontro ao corpo e, colocar a mão no ombro oposto, ou então, posicioná-lo, caso o mesmo não consiga sozinho;
14. aguardar de 3 a 5 minutos para termômetro de vidro, fazendo a leitura do resultado ao nível dos olhos. Em caso de termômetro digital, aguardar o sinal audível de término da aferição e fazer a leitura;
15. comunicar a temperatura axilar alterada para o enfermeiro e ou médico;
16. colocar a roupa no paciente ou ajudar o mesmo a fazê-lo;

Título: Verificação de temperatura axilar

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.1	VDTE 016009		3 de 3

17. repetir a desinfecção do termômetro;
18. reduzir a coluna de mercúrio do termômetro de vidro a menos de 35º c utilizando força centrífuga (com movimentos firmes). Em caso de termômetro digital, verificar se foi corretamente desligado;
19. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
20. registrar o procedimento no impresso próprio de sinais vitais e checar na prescrição médica ou de enfermagem;
21. assinar e carimbar.

FIM

Título: Verificação do pulso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.2	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica ou do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulância e Domicílio**.**

Condições necessárias:
02 biombos (opcional)
01 estetoscópio adulto ou pediátrico
01 bandeja de inox
01 impresso de registro
01 caneta
01 almotolia de álcool a 70%
01 relógio com ponteiro de segundos ou visor digital
02 bolas de algodão

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4 e 3/4**.**

Resultado esperado:
Obter a freqüência exata, o ritmo, a força e a igualdade ou simetria da onda de expansão e contração das artérias, resultante dos batimentos cardíacos, em um minuto.

Em caso de não conformidade:
Em caso de ausência ou alteração do ritmo, da força e assimetria durante palpação do pulso, mesmo após verificação de outro local, comunicar verbalmente ao médico e enfermeiro com urgência.

Bibliografia consultada: vide página 2/4

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett Reis Maria de Fátima S. de Souza e Silva Denise Ferreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Técnica de enfermagem		01/09/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Maria Bárbara Alves dos Santos Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Monalisa Maria Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Julho/2008 Julho/2008 Julho/2008 Julho/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Verificação do pulso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.2	VDTE 016009		2 de 4

Bibliografia consultada:
BORK, A. M. I. **Enfermagem baseada em evidências.** Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. et al**. Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144 p.
PORTO, C. C. In:_____. **Exame clínico para a prática médica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap.11, pág. 233 – 243.
LEÃO, E; CORREA, J.C; MOTA, J.A; VIANA, M.B. **Pediatria Ambulatorial.** 4ª ed. BH. Coopermed, 2005, 1035p.
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. vol. 1, p.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar prescrição médica ou do enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais;
7. levar o material até o paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
8. garantir a privacidade do paciente;
9. posicionar o paciente de forma segura e confortável
   9.1 deitado - em decúbito dorsal com o antebraço reto ao longo da parte lateral do corpo, com o punho estendido reto e a palma da mão voltada para baixo;
   9.2 sentado - flexionar o cotovelo do paciente em 90º apoiando o antebraço na cadeira ou no braço do profissional. Flexione um pouco o punho com a palma para baixo e os pés apoiados;
10. localizar e selecionar uma artéria fazendo uma leve pressão com as pontas dos dedos indicador e médio ou anular (2º, 3° e 4° dedos), procure sentir bem o pulso de modo que se torne facilmente palpável (exceto a apical);
11. as artérias mais comuns são
    11.1 temporal: região pouco acima do nível dos olhos entre estes e as orelhas;
    11.2 carotídea
        11.2.1 no terço médio inferior do pescoço (parte interna da borda medial da musculatura (esternomastóidea). Não comprima o seio carotídeo;
        11.2.2 examinar uma carótida de cada vez (nunca comprima simultaneamente as duas carótidas, pois (pode reduzir o fluxo sanguíneo para o cérebro e induzir a sínco-

Título: Verificação do pulso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.2	VDTE 016009		3 de 4

pe);

11.2.3 aumentar a pressão gradualmente até perceber a pulsação máxima, e, a seguir, reduza devagar a força até perceber melhor pressão e contornos arteriais;

11.2.4 amplitude e eventuais variações desta, contorno da onda de pulso;

11.3 braquial: na fossa cubital mais medial;

11.4 radial: na fossa radial, comprimir levemente o osso radial obliterando o pulso e depois liberando a pressão aos poucos;

11.5 ulnar: na fossa ulnar, ao lado da fossa radial mais medial a esta;

11.6 femoral: na região inguinal;

11.7 poplítea: na fossa poplítea, atrás da proeminência do joelho;

11.8 tibial posterior: suprem a planta do pé e formam o arco plantar;

11.9 pediosa: no "peito" do pé;

12. observar as características do pulso: determine se o golpe do vaso contra a polpa digital é rítmico, arrítmico, cheio, fino, forte, fraco ou filiforme;
13. contar os batimentos durante um minuto ou 30 segundos e multiplicar o resultado por dois. Se frequência, ritmo ou amplitude arrítmica, contar por um minuto. Repetir se tiver dúvidas;
14. pulso apical

14.1 realizar a desinfecção das olivas auriculares e do diafragma do estetoscópio (tamanho do diafragma conforme faixa etária) utilizando bola de algodão embebida em álcool a 70%;

14.2 expor o esterno e o lado esquerdo do tórax, com o paciente sentado ou deitado;

14.2.1 para adulto: identificar a interseção da linha hemiclavicular média com o 4º Espaço Intercostal (EIC) para paciente brevelíneo e 5º ei para longilíneo do lado esquerdo tórax, então demarque o ictus cordis (impulso máximo do coração) e sinta o batimento apical;

14.2.2 para crianças: a localização do ictus cordis varia de acordo com a idade: no RN é no 3º eic esquerdo, no lactente no 4º EIC esquerdo, ambos na linha hemiclavicular ou ligeiramente à esquerda; no pré-escolar e no escolar desloca-se para o 4º ou 5º EIC esquerdo na linha hemiclavicular;

14.3 colocar o diagrama do estetoscópio na palma da mão por 5 a 10 segundos, para aquecê-lo;

14.4 posicionar o diafragma do estetoscópio sobre o ponto de impulso máximo e auscultar as características do batimento cardíaco (freqüência e ritmo);

14.5 contar a freqüência do pulso durante 1 minuto e anotar no papel;

14.6 colocar a vestimenta do paciente e o lençol retirado;

14.7 remover o estetoscópio e limpar as olivas auriculares e o diafragma do estetoscópio com uma bola de algodão embebido em álcool a 70 %;

15. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
16. higienizar as mãos;
17. comparar com padrões anteriores e a tabela abaixo para analisar discrepância ou não.

1 – Tabela de Variação de pulso conforme faixa etária

Faixa etária	Variação do pulso (batimentos por minuto)
Recém-nascido	85 – 160 bpm
Lactente	80 – 140 bpm
Pré-escolar	80 – 140 bpm
Escolar	75 – 110 bpm
Adolescente	60 – 100 bpm
Adulto	60 – 100 bpm

(**ANEXO C - TAB. 1**)

2 –Tabela de Variação de pulso de RN e criança

IDADE	FC ACORDADO	MÉDIO	DORMINDO
RN – 3 meses	85 – 205	140	80 –160
3m – 2 A	100 – 190	130	75 –160
2 A – 10 A	60 – 140	80	60 – 90
> 10 A	60 – 100	75	50 – 90

(**ANEXO D - TAB. 2**)

18. comunicar ao médico e ou enfermeiro qualquer alteração na freqüência, ritmo, força ou simetria;
19. registrar no prontuário em impressos específicos, a data, a hora e a freqüência e as características quanto força, ritmo e simetria;
20. assinar e carimbar.

FIM

Título: Verificação da respiração

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.3	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica ou do enfermeiro e sempre que a avaliação clínica do paciente exigir.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulância e Domicílio.

Condições necessárias:
01 relógio com ponteiro de segundos ou visor digital;
01 caneta;
01 impresso de registro.

Descrição da Instrução de Trabalho: Vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Aferir de forma correta a freqüência respiratória, bem como as características do padrão respiratório.

Em caso de não conformidade:
Valor menor que 12 rpm ou maior que 20 rpm; observar a profundidade da respiração e relato de falta de ar; observar fatores relacionados inclusive vias aéreas obstruídas, sons respiratórios anormais, tosse produtiva, falta de repouso, irritabilidade, ansiedade, confusão mental. Acomodar o paciente numa posição que melhore a ventilação como a posição sentada (semi ou alto-Fowler), a menos que contra indicado e comunicar ao enfermeiro e ou médico.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett Reis Maria de Fátima S. de Souza e Silva Denise Ferreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Técnica de enf.		01/09/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Maria Barbara Alves dos Santos Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Monalisa Maria Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2007 Julho/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Março/2007 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

CLASSE 07 REG

Título: Verificação da respiração

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.3	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:
BORK, A. M. T., **Enfermagem Baseada em Evidências.** Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004.
PORTO, C. C. In:_____. **Exame clínico para a prática médica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap.11, pág. 233 – 243.
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. vol. 1, p.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar prescrição médica ou do enfermeiro;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento e a finalidade do mesmo;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. posicionar o paciente de forma segura e confortável, preferencialmente deitado com cabeceira a 45º ou 60º, sentado ou ainda no colo da mãe ou acompanhante;
6. certificar a visibilidade do tórax e se necessário retirar lençóis, cobertores ou vestimentas;
7. colocar a mão no pulso do paciente ou sobre o abdome, para que o mesmo não perceba o procedimento, evitando assim, alteração em seus movimentos respiratórios;
8. observar um ciclo respiratório completo (uma inspiração e uma expiração); depois que um ciclo é observado olhar o ponteiro de segundos do relógio;
9. começar a contar os movimentos respiratórios observando o ritmo, a expansão torácica a profundidade, presença de tiragem intercostal e atentar para a emissão de sons respiratórios;

Variação da respiração conforme faixa etária

Faixa etária	Freqüência respiratória
Recém-nascido	de 35 a 40 rpm;
Lactentes;	de 25 a 45 rpm;
Pré-escolar	de 20 a 35 rpm;
Escolar	de 18 a 35 rpm
Adultos	de 12 a 20 rpm

(ANEXO E –Tab. 3)

Título: Verificação da respiração

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.3	VDTE 016009		3 de 3

10. retornar com lençóis, cobertores ou vestimenta caso tenham sido retirados;
11. para pacientes intubados, a contagem deve ser pelo movimento respiratório ou incursões respiratórias em 1 minuto. Em pacientes com respiração controlada pelo ventilador mecânico, pode ser pelo visor do mesmo ou pelo monitor utilizado para monitoração hemodinâmica;
12. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
13. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. registrar em impresso padronizado a data, a hora, a freqüência detectada e as características da respiração;
15. comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de parâmetros alterados

FR e profundidade em adultos:
Normal..... 12 a 24 - Regular
Taquipnéia.....> 24 - Superficial
Bradipnéia.....< 10 - Regular

16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Verificação da pressão arterial

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.4	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica ou do enfermeiro e sempre que a avaliação clínica do paciente exigir.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulância, Ambulatórios e Serviço Domiciliar.

Condições necessárias:
01 bandeja de inox;
01 estetoscópio adulto ou pediátrico;
02 bolas de algodão;
01 almotolia com Álcool a 70%;
01 esfignomanômetro adulto ou pediátrico

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4 e 3/4 e 4/4.

Resultado esperado:
Mensuração da pressão arterial obtendo valor correto, preciso e fidedigno.

Em caso de não conformidade:
Caso haja dificuldade de perceber os ruídos, deve-se aumentar o ângulo entre o braço e o tórax, retificando a artéria, pois isto pode facilitar a ausculta. Caso haja dificuldade de acoplar o manguito ao braço (ex. obesidade ou caquético), optar pelo antebraço ou membro inferior (coxa ou perna).

Bibliografia consultada: vide página 2/4

CLASSE 07 REG

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett Reis Maria de Fátima S. de Souza e Silva Denise Ferreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Técnica de Enfermagem		Setembro/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Maria Bárbara Alves Santos Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Monalisa Maria Gresta	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Julho/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Verificação da pressão arterial

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: REG 02.4	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 4

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
ORQUIZA, S. M. C. **Hipertensão arterial.** Disponível em: http://www.orientacoesmedicas.com.br/hipertensaoarterial.asp Acessado em: 12/08/2008.
PORTO, C. C. In:_____. **Exame clínico para a prática médica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap.11, pág. 233 – 243.
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. vol. 1, p.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica ou do enfermeiro;
2. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH Nº. 002;
5. Separar e preparar os materiais;
6. levar os materiais para a unidade do paciente e colocá-los sobre a mesa de cabeceira;
7. manter o paciente em repouso, no mínimo 3 minutos. de preferência com o braço direito comodamente apoiado (semi-flexionado) no nível do coração e isento de infusão intravenosa, lesão e roupa;
8. certificar que na última hora, o paciente não praticou atividade física, não fez uso de bebida alcoólica e está com a bexiga vazia. Se criança, não deve estar chorando;
9. desinfetar as olivas auriculares com álcool a 70%;
10. certificar que o ponteiro do aparelho esteja no zero;
11. para mensurar pressão arterial no membro superior
    11.1 colocar o manguito a 2 cm acima da fossa antecubital, certificando que o mesmo contemple 2/3 do comprimento do braço, sem apertar demasiado ou deixar frouxo;
    11.2 colocar o manômetro aneróide numa posição que facilite sua visualização ou posicionar os olhos no nível da coluna de mercúrio;
    11.3 localizar a artéria braquial por palpação;
    11.4 palpar o pulso radial e fechar a válvula de ar;
12. para mensurar pressão arterial no membro inferior
    12.1 posicionar o paciente com o joelho flexionado;
    12.2 localizar a artéria poplítea (atrás do joelho no espaço poplíteo);
    12.3 adaptar o manguito na panturrilha certificando-se que o mesmo contemple 2/3 do com-

primento do membro, sem apertar demasiado ou deixar frouxo e com o mínimo de superposição especialmente em neonato;

12.4 palpar o pulso poplíteo e fechar a válvula de ar;

13. inflar o manguito até o desaparecimento do pulso para estimar o nível da pressão sistólica;
14. desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes de inflar novamente;
15. colocar o estetoscópio na orelha com as olivas auriculares voltadas para frente e o diafragma sobre a artéria braquial, evitando compressão excessiva e sua borda não pode ficar sob o manguito;
16. inflar rapidamente de 10 – 10 mmHg até 20-30 mmHg acima do ponto de desaparecimento de pulso radial;
17. abrir a válvula procedendo a deflação na velocidade de 2-4 mmHg por segundo ou 2-3 mmHg por batimento cardíaco. Após determinada a pressão sistólica (quando se ouve o primeiro som), aumentar a velocidade para 5-6 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto ao paciente;
18. determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som;
19. retirar o ar do manguito rápido e completamente;
20. retirar o manguito e deixar o paciente seguro e confortável;
21. desinfetar as olivas auriculares com algodão embebido em álcool 70%;
22. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
23. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
24. registrar em impresso padronizado a data, a hora, e os valores exatos encontrados e se houve alguma conduta;
25. comunicar ao médico e ou enfermeiro se valores discrepantes dos quadros abaixo

ANEXO F - Tabela 4

Classificação de PA

AD (mm Hg)	PAS (mm Hg)	Classificação
< 85	< 130	Normal
85-89	130-139	Normal Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão Leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão Moderada (estágio2)
> 110	> 180	Hipertensão Grave (estágio 3)
< 90	> 140	Hipertensão Sistólica Isolada

Título: Verificação da pressão arterial

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.4	VDTE 016009		4 de 4

ANEXO G - Tabela 5

Limites PA em crianças

IDADE	MMHG CISTÓLICA	MMHG DIASTÓLICA
Nascimento (12 h < 1000 g)	39 – 59	16 – 36
Nascimento (12 h, 3 kg)	50 – 70	25 – 45
Neonato (96 h)	60 – 90	20 – 60
Lactente (6 meses)	87 – 105	53 – 66
Criança (2 anos)	95 – 105	53 – 66
Idade escolar (7 anos)	97 – 112	57 – 71
Adolescente (15 anos)	112 – 128	66 - 80

26. assinar e carimbar.

FIM

Título: Verificação de glicemia capilar

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.5	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro em situação de urgência.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulatórios, Ambulância e Domicílio.

Condições necessárias:

01 bandeja inox;
01 aparelho de glicosímetro;
01 fita reagente;
02 bolas de algodão;
01 almotolia de álcool a 70 %;
01 calibrador;
01 lanceta ou agulha 13 X 4,5 cm.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Mensuração da concentração plasmática capilar da glicose no momento.

Em caso de não conformidade:
Em caso da gota de sangue não ser suficiente para a leitura, repetir o procedimento em outro local.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006
Avaliado por	Clara Marize Carlos Antonieta Lourdes de Souza Caroliny Alves Pesssoa Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Verificação de glicemia capilar

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 02.5	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da Bibliografia Consultada:
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas.Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem Ambulatório Bias Fortes. **Enfermagem. Normas e Rotinas.** Belo Horizonte, 2003.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. reunir todo o material e colocar sobre a bandeja;
4. verificar a data de validade da fita reagente;
5. ligar o glicosímetro e verificar se está calibrado, caso não esteja, calibre-o;
6. transportar a bandeja para o leito e colocar sobre o carrinho de curativo ou mesinha de cabeceira;
7. identificar o paciente;
8. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
9. orientar quanto ao procedimento e finalidade, caso seja a primeira verificação;
10. calçar luvas de procedimento;
11. avaliar o enchimento capilar e selecionar o local, se necessário colocar os MMSS pendentes para ajudar o enchimento;
12. realizar assepsia do local utilizando algodão umedecido com álcool a 70% e aguardar a secagem do mesmo;
13. inserir a fita reagente no local indicado no glicosímetro;
14. fazer a punção utilizando agulha (13 X 4,5 cm) ou lanceta, deixar surgir uma gota de sangue e encostá-la no espaço indicado na fita. Assegurar que a gota de sangue preencha todo o espaço indicado;
15. comprimir o local com algodão por alguns segundos, enquanto aguarda o tempo de leitura;
16. fazer a leitura no glicosímetro;
17. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
18. proceder à limpeza do glicosímetro conforme instruções do fabricante;
19. desprezar o material no expurgo, e atentar para desprezar as agulhas em recipiente de material pérfuro-cortante;
20. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. registrar no prontuário a data, a hora, o valor mensurado;
22. comunicar ao médico e enfermeiro os valores encontrados;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Realização de eletrocardiograma - ECG

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	REG 03.1	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Técnico em equipamentos médicos e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
A partir do pedido médico e no CTI Adulto conforme rotina específica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Eletrocardiógrafo com cabos de paciente e cabo elétrico;
leito ou mesa de exame forrada com lençol de pano ou descartável;
papel termo sensível adequado ao aparelho;
4 braçadeiras e 6 eletrodos descartáveis ou peras para adultos ou 10 eletrodos descartáveis para neonatal e pediátrico;
Sistema informatizado para registro dos pacientes e carimbo de exame realizado (específico da cardiologia);
2 luvas de procedimento;
EPI – capote, máscara e óculos se paciente em precauções por via de transmissão;
1 pacote de gaze;
1 impresso de anotação de enfermagem;
1 caneta;
1 almotolia com álcool a 70%;
1 pedaço de pano limpo.
1 brinquedo lavável para crianças (opcional);
1 aparelho de barbear descartável (opcional);

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4 e 3/4.

Resultado esperado: vide página 2/4.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.
Resultado esperado:

CLASSE 07 REG

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	CTI Edson Ferreira Kelly Silva Freitas Maryane Magalhães Geralda dos Santos Norma M. Guimarães Rita M. Silva Bruna Guimarães Maristela Soares	Enfermeiros Técnico em equip.médicos Técnico em equip.médicos Técnico em equip.médicos Auxiliar de Enfermagem Técnico em Enfermagem Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Setembro/2007 Setembro/2008 Maio/2009
Avaliado por	Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Lílian Esteves Lima Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Julho/2008 Setembro/2008 Junho/2009
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Realização de eletrocardiograma - ECG

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	REG 03.1	VDTE 016009		2 de 4

Exame realizado com traçado de ECG correta, nítido, sem interferência e comidentificação completa.

Em caso de não conformidade:
Caso o equipamento apresente defeito, solicitar ao coordenador administrativo a troca imediata e o posterior conserto do aparelho pelo setor de eletrônica. Caso o traçado apresente sinais de interferência, verificar fixação dos eletrodos, braçadeiras, utilização do álcool e reforçar com o paciente a necessidade do relaxamento.

Bibliografia consultada:
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (Brasil). **NB 26: sinalização de segurança [S.1.]:** ABNT.
BRASIL. **Lei nº8078,** de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.128, n.176, supl., p. 1,12 set. 1990.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
DUBIN, D. **Interpretação rápida do ECG.** 2ª ed. Florida, 1970.
GUYTON, C.A. **Tratado de Fisiologia Médica.** 8ª ed. Guanabara Koogan, 1991.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Receber o cliente e identificá-lo (em caso de paciente internado, pela pulseira de identificação);
2. apresentar-se ao paciente/ciente e/ou acompanhante;
3. verificar o pedido e observar o tipo de ECG requisitado (se padrão ou alguma derivação especial);
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar o material e levar o equipamento para próximo do paciente;
7. calçar luvas de procedimento e/ou em caso de paciente em precaução por via de transmissão, seguir as orientações de paramentação de acordo com o tipo de precaução;
8. posicionar o paciente no leito ou mesa de exame, pedir que fique tranqüilo e relaxado. Em caso de criança envolver a mãe oferecendo brinquedo para distraí-la. Solicitar ao paciente que retire os adornos ou retirá-los caso não consiga;
9. verificar se o paciente esta em contato com alguma parte metálica no leito e se estiver separe;
10. abaixar a cabeceira da cama à 0º, exceto quando contra-indicado;
11. conectar o aparelho a rede elétrica conforme voltagem indicada pelo fabricante;
12. digitar o nome, idade, sexo, número do registro no programa do eletrocardiógrafo (conforme o modelo);
13. expor o tórax e realizar a antissepssia da pele com a gaze umedecida com o álcool á 70%, na região precordial E. **FIG. 13** (de 1 a 6). Em caso de excesso de pelos é necessário removê-los, veja ITT correspondente;

Título: Realização de eletrocardiograma - ECG

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	REG 03.1	VDTE 016009		3 de 4

14. colocar eletrodos descartáveis ou peras na linha precordial, a saber: (FIG. 14)
    - V1: 4º espaço intercostal à direita do externo;
    - V2: 4º espaço intercostal à esquerda do externo;
    - V3: 5º entre V2 e V4;
    - V4: 5º espaço intercostal e linha hemiclavicular à esquerda;
    - V5: 5º espaço intercostal e linha axilar anterior à esquerda;
    - V6: 5º espaço intercostal e linha axilar média à esquerda;
15. conectar os cabos aos seus respectivos eletrodos ou peras, conforme indicação presente nos mesmos;
16. realizar a antissepssia da pele nas extremidades dos membros (na face interna e longe dos ossos) com gaze umedecida com álcool a 70%. Em caso de excesso de pelos é necessário remove-los;
17. colocar as braçadeiras ou eletrodos descartáveis nas áreas preparadas. Em paciente neonatal e pediátrico, apenas eletrodos são utilizados em substituição às braçadeiras. Em caso de paciente amputado ou muitas interferências, colocar os eletrodos nas extremidades do tórax próximo a articulação do braço e no abdome próximo a crista ilíaca **(FIG. 15);**
    - RA: braço direito (right arm)
    - LA: braço esquerdo (left arm)
    - RL: perna direita (right leg)
    - LL: perna esquerda (left leg)
18. conectar os cabos às suas respectivas braçadeiras ou aos eletrodos, conforme indicação presente nos mesmos;
19. ligar o aparelho e realizar o ECG seguindo os passos de cada tipo de aparelho;
20. identificar o exame com data, hora, nome completo, idade, sexo e número do leito, se internado e caso o aparelho não disponha deste recurso;
21. desligar o aparelho, desconectar os cabos do paciente e retirar os eletrodos, braçadeiras ou peras;
22. levantar a cabeceira da cama à 30º ou quanto o paciente desejar, ajudá-lo a se vestir e descer, se procedente;
23. deixar o paciente no leito seguro e confortável;
24. reconferir se a identificação esta completa no exame e entregar ao cliente ou acompanhante. Se internado, carimbar no prontuário (exame realizado), preenchendo o mesmo com data, hora e nome do responsável pela realização do exame, carimbar (carimbo pessoal), assinar e anexar o exame. Na cardiologia, também registrar em livro específico;
    24. 1 - exames de urgência realizado pelas unidades de internação, registrar também no impresso de observação de enfermagem;
25. desprezar os eletrodos e proceder à desinfecção do eletrocardiógrafo, das braçadeiras e/ou das peras com o pano limpo umedecido em álcool a 70%;
26. guardar o aparelho em local específico mantendo-o conectado a rede elétrica em caso de recarga da bateria, conforme modelo ou recomendação do fabricante;
27. deixar a unidade em ordem e/ou arrumar a sala para o próximo exame conforme ITT correspondente;
28. retirar luvas de procedimento e demais equipamentos de proteção individual se utilizado;
29. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;

FIGURA 14a - Derivações precordiais de V1 a V6

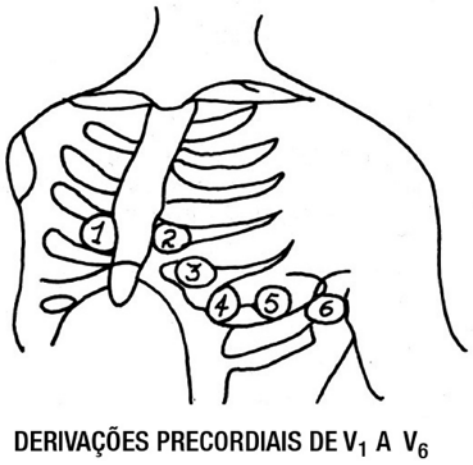


FIGURA 14b - Derivações precordiais

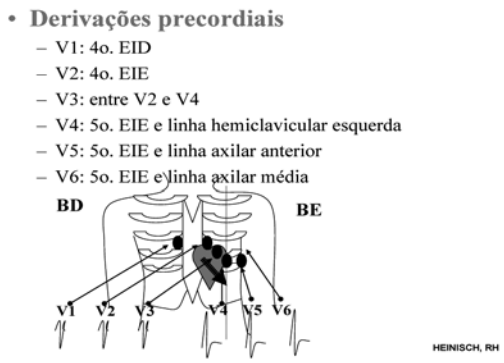
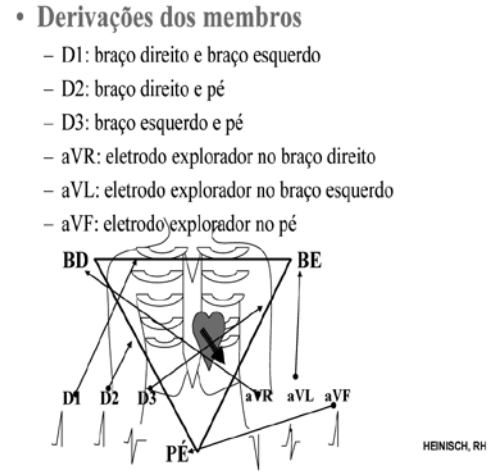


FIGURA 15 - Derivações dos membros



FIM

Título: Manutenção dos dispositivos intravasculares arteriais - PIA

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 04.1	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Quando:
Ao manusear o dispositivo ou o sistema acoplado ao mesmo.

Onde:
Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

03 seringas de 5 ou 10 ml
01 bandeja de inox
01 pacote de gaze estéril
02 luvas de procedimento
01 frasco com álcool 70%
esparadrapo e/ou micropore
01 bolsa de pressurização
01 máscara facial descartável
01 dome
01 transdutor de pressão
01 three way
01 monitor cardíaco (já deve estar no leito do pct)
01 frasco de soro fisiológico 0,9% de 250ml com 0,1 ml de Heparina 5000 UI/ml ou de 500 ml com 0,2 ml de Heparina 5000UI/ml, com equipo simples já acoplado

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

CLASSE 07 REG

Histórico da revisão:
Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Luciana Pereira Carvalho Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Abril/2008 Abril/2008
Avaliado por	Ana Giselda Lima Raymundo Elaine Araújo da Silva Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2006 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Outubro/2006 Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado Gláucia Helena Martinho	Enfermeira Enfermeira da CCIH		Novembro/2008 Setembro/2010
Revisado por	Silma Mª. C. P. Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfa. Profa. Dra.EEUFMG Enfa. Profa. Dra.EEUFMG Enfa. Comissão de ITT		Agosto de 2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Manutenção dos dispositivos intravasculares arteriais - PIA

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 04.1	VDTE 016009	1ª em 08/2010	2 de 4

Resultado esperado:
Manutenção do dispositivo pérvio e isento de contaminação durante o tempo necessário à avaliação dos parâmetros.

Em caso de não conformidade:
Em caso de não pressurização ou de resistência no sistema, modificar o ângulo de posicionamento do membro em que foi puncionada a artéria.
Em caso de obstrução, comunicar ao médico e enfermeiro para sua retirada ou desobstrução.
Em caso de sangramento ou hematoma, fazer compressão e comunicar ao médico.
Em caso de ausência de pulso periférico, palidez ou cianose na extremidade abaixo da inserção do dispositivo, comunicar imediatamente ao enfermeiro ou médico.

Bibliografia consultada:
BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica** 3ª edição. São Paulo: Ed. Atheneu. 2005.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KNOBEL, Elias. **Condutas do paciente grave.** 3ª ed. Ed. Atheneu: São Paulo, 2006.
PHILLIPS, L. D. **Manual de Terapia Intravenosa.** 2ª ed. Editora Artmed. Porto Alegre, 2001.
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processos e prática**. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005, vol. 1.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 5ª ed.** Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente pela pulseira de identificação;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
5. separar e preparar os materiais;
6. levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
7. calçar as luvas de procedimento e colocar máscara facial descartável;
8. identificar o local e o tipo do dispositivo;
9. verificar sangramentos, hematomas ou edemas peri inserção;
10. verificar condições circulatórias do membro envolvido e o pulso periférico;
11. verificar o posicionamento e a fixação do dispositivo;
12. fazer a desinfecção das conexões, intermediários ou equipos que serão manipulados com gaze

umedecida em álcool a 70%, friccionando por 15 segundos;

13. para lavar o sistema de PIA
    - 13.1 sistema de lavagem intermitente (FLUSH) – quando houver amortecimento da curva pressórica
        - 13.1.1 fechar a via do paciente e com seringa de 5 ou 10 ml, aspirar 3 ml da solução de heparina;
        - 13.1.2 fechar a via da solução de heparina e abrir a via do paciente;
        - 13.1.3 injetar 3 ml de solução de heparina;
        - 13.1.4 certificar do retorno da normalidade das ondas;
    - 13.2 sistema de lavagem continua (INTRA-FLOW) com bolsa pressórica (não necessita de heparina);
        - 13.2.1 verificar o funcionamento através da onda no monitor;
        - 3.2.2 certificar que a pressão da bolsa de pressurização esteja igual a 150 mmHg para frasco de 250 ml ou pressão de 300 mmHg para frasco de soro fisiológico de 500 ml;
        - 13.2.3 fechar a via do meio externo;
        - 13.2.4 abrir o dispositivo de fluxo contínuo, tracionando a válvula de fluxo livre por 5 a 10 segundos ou até que o sangue residual no sistema desapareça;
        - 13.2.5 certificar o retorno da onda no monitor e os níveis de pressão conforme os níveis descritos acima;
14. para coleta de sangue em PIA
    - 14.1 fechar a via do paciente;
    - 14.2 conectar uma seringa vazia na via externa;
    - 14.3 manter a via da solução fechada;
    - 14.4 abrir e aspirar 3 ml da via do paciente contendo sangue e solução de heparina;
    - 14.5 fechar a via do paciente e retirar a seringa;
    - 14.6 conectar outra seringa vazia para coleta do sangue na via do paciente;
    - 14.7 abrir a via do paciente e aspirar o volume de sangue, conforme os exames solicitados;
    - 14.8 fechar a via do paciente, abrir a via da solução de heparina e aspirar 5 ml da mesma;
    - 14.9 fechar a via da solução e abrir a via do paciente, injetando a solução heparinizada, para evitar formação de coágulos;
    - 14.10 certificar o retorno da oscilação ou a onda no monitor;
15. revisar os clamps/three way e sistema acoplado;
16. em casos de crianças ou adultos confuso-agitados, certificar a imobilização da seringa do dispositivo;
17. proteger o dispositivo durante o banho com cobertura impermeável e trocar o curativo (micropore e esparadrapo) a cada 24 horas com técnica asséptica;
18. trocar a solução de heparina a cada 24 horas;
19. inspecionar o sítio de entrada do cateter regularmente e observar se há hiperemia, presença de secreção e edema;
20. observar a cada 02 horas: coloração, temperatura e perfusão da pele na extremidade distal do membro, bem como capacidade de movimentação, sensação de parestesia ou dor, para detectar sinais de redução na circulação regional;
21. zerar o sistema a cada 04 horas ou a cada mudança de posição do paciente, para garantir resultados acurados;
22. observar curva de pressão, se monitorização eletrônica, a curva amortecida pode indicar presença de coágulos, ar no sistema ou no cateter. na presença de ar ou coágulo pequeno retirá-lo

Título: Manutenção dos dispositivos intravasculares arteriais - PIA

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 04.1	VDTE 016009	1ª em 08/2010	4 de 4

através de aspiração, repetir o item 13 e zerar o sistema. no caso de coágulos maiores trocar o transdutor;

23. deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
24. desprezar o material usado no expurgo, atentando para o descarte dos perfuro-cortantes em recipiente próprio;
25. retirar as luvas, a máscara e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
26. registrar no prontuário a data, a hora e o procedimento realizado;
27. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza e desinfecção do gerador de marcapasso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 05.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Após a utilização do gerador de marcapasso.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico.

Condições necessárias:

1 almotolia com sabão;
1 almotolia com álcool a 70%;
2 luvas de procedimento;
1 capote impermeável e 1 par de óculos de proteção;
2 pedaços de tecido limpo;
1 esponja;
1 gerador de marcapasso e cabos;
1 livro de relatório;
1 caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: Vide página 2/2.

Resultado esperado:
Manter o equipamento sempre limpo e desinfetado.

Em caso de não conformidade:
Na impossibilidade de realizar tal procedimento, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (Brasil). **NB 26: sinalização de segurança** [S.1.]: ABNT.

BRASIL. **Lei nº8078,** de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do BRASIL, Brasília, v.128, n.176, supl, p. 1,12 set. 1990.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Raquel Corradi Magalhães	Enfermeira		Setembro/2007
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira		Junho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE		Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza e desinfecção do gerador de marcapasso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 05.1	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da Bibliografia Consultada:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução do Trabalho

INÍCIO

1. Identificar o equipamento utilizado;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. calçar luvas de procedimento;
4. separar o material;
5. encaminhar para o expurgo o equipamento;
6. colocar capote impermeável e óculos;
7. limpar o gerador e cabos de monitorização com pano umedecido com água e sabão;
8. retirar todo o excesso de sabão com auxílio de pano limpo umedecido com água quantos vezes forem necessárias;
9. secar todo o equipamento com pano limpo;
10. friccionar álcool a 70 % em todo o equipamento;
11. deixar o expurgo em ordem;
12. guardar o gerador e seus cabos de monitorização em local específico;
13. manter sempre junto ao gerador de marcapasso uma bateria para substituição, caso seja necessário;
14. retirar luvas de procedimento e EPI's;
15. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
16. registrar no Livro de Relatórios a atividade realizada com data e hora;
17. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza e desinfecção do Balão Intra-Aórtico (BIA)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 06.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Após a utilização do BIA e a cada 72 horas

Onde:
Centro de Tratamento Intensivo e Centro Cirúrgico.

Condições necessárias:

2 luvas de procedimento;
1 almotolia com sabão;
1 almotolia com álcool a 70%;
1 BIA;
1 livro de relatório;
1 caneta e uma etiqueta de identificação;
2 pedaços de tecidos limpos;
1 par de óculos de proteção.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Manter o equipamento sempre limpo e desinfetado pronto para uso.

Em caso de não conformidade:
Na impossibilidade de fazer, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (Brasil). **NB 26: sinalização de segurança** [S.1.]: ABNT.

BRASIL. **Lei nº8078,** de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.128, n.176, supl., p. 1,12 set. 1990.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Raquel Corradi Magalhães	Enfermeira		Setembro/2007
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira		Junho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE		Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza e desinfecção do Balão Intra-Aórtico (BIA)

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: REG 06.1	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 2

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o equipamento;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar o material;
4. calçar luvas de procedimento e colocar os óculos;
5. limpar o BIA e todos os cabos de monitorização com pano umedecido com água e sabão (não molhar as partes eletrônicas);
6. retirar todo o excesso de sabão com outro pano úmido somente com água, quantas vezes forem necessárias;
7. secar o equipamento com outro pano limpo;
8. friccionar álcool a 70%%, exceto nas partes eletrônicas;
9. guardar no compartimento específico todos os cabos de monitorização;
10. assegurar-se de que o equipamento seja ligado à rede elétrica conforme voltagem especificada pelo fabricante;
11. deixar o local limpo e em ordem;
12. desprezar o material usado no expurgo;
13. retirar luvas de procedimento;
14. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
15. anotar data, hora e nome do executor na etiqueta e fixar no equipamento;
16. registrar no livro de relatórios a atividade realizada com data e hora;
17. assinar e carimbar.

FIM

Título: Montagem do Balão Intra-Aórtico - BIA

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 06.2	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Conforme indicação médica.

Onde:
Centro Cirúrgico (CCI) e Centro de Terapia Intensiva (CTI).

Condições necessárias:

01 equipamento do balão intra-aórtico;
01 domo ou dome;
01 transdutor de pressão invasiva;
01 equipo de soro simples;
01 seringa de 1 ml;
01 agulha nº 25x 7;
01 bolsa pressórica;
01 suporte para soro;
01 cortador de soro;
02 unidades de luvas de procedimento;
01 impresso de identificação do soro;
03 cm de esparadrapo;
01 fonte de energia 220 v.
01 frasco de soro fisiológico 0,9% de 500 ml;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado Esperado:
BIA montado de forma segura propiciando monitorização invasiva e suporte circulatório de forma asséptica, fidedigna, exata e segura.

Em caso de não conformidade:
Em caso de contaminação do material ou da solução de heparina, interromper o processo, desprezar o que foi contaminado, substituir o material e/ou a solução heparinizada, reiniciar o preparo;
Em caso de equipamento alarmar, verificar a causa e proceder conforme indicação do fabricante;

Bibliografia consultada: continua na página 2/2
CINTRA, E. de A., ET AL. **Assistência ao paciente gravemente enfermo. S**ão Paulo: Ateneu, 2001. 671p.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Elaine Araújo Silva Luciana Pereira Carvalho	Enfermeira Enfermeira		Maio de 2008
Avaliado por	Anna Alessandra Matos de Meira Luciana Pereira Carvalho Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Julho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

CLASSE 07 REG

Título: Montagem do Balão Intra-Aórtico - BIA

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: REG 06.2	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar indicação médica;
2. higienizar as mãos conforme NT – CCIH 002;
3. separar o material e encaminhar para a sala cirúrgica ou enfermaria do CTI;
4. certificar se o torpedo de gás hélio está carregado, sem vazamento, através da indicação em azul no painel do aparelho quando ligado e sempre dispor de um torpedo reserva de gás hélio;
5. conectar o cabo de energia elétrica à tomada de 220 v ou conforme indicação do fabricante;
6. certificar o funcionamento do equipamento e dos cabos ligando o aparelho e verificando que as luzes do equipamento acendem e se aparecem traçado de ECG e pressão invasiva;
7. aspirar 0,2 ml ou 20 unidades de heparina e introduzir em 500 ml de soro fisiológico 0,9%;
8. abrir o equipo de soro e fechar a pinça;
9. adaptar o equipo ao frasco da solução de soro com heparina;
10. retirar o ar do sistema de infusão;
11. afixar o rótulo de identificação da solução preparada ao frasco de soro;
12. conectar o equipo a extremidade inferior do dome;
13. introduzir o frasco de soro na bolsa pressórica e insuflá-la a uma pressão de 300 mmHg;
14. dependurar a bolsa contendo o frasco no suporte de soro;
15. conectar o dome ao transdutor de pressão invasiva;
16. certificar se o dome está bem adaptado ao transdutor;
17. aguardar a entrega das conexões pelo cirurgião que serão ligadas ao equipamento;
18. conectar o cabo do gás hélio em orifício específico do cateter-balão e o extensor do introdutor do cateter-balão ao dome de pressão invasiva;
19. ligar o equipamento apertando a tecla on/off e “zerando” o sistema ao nível da linha de inserção do cateter;
20. programar o equipamento conforme indicação médica;
21. certificar o funcionamento correto conforme programação (onda de ECG ou pressão arterial, valores e ciclagem do equipamento);
22. manter observação contínua e comunicar ao médico qualquer alteração;
23. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
24. anotar a utilização do Balão Intra-Aórtico no prontuário do paciente.

FIM

Título: Limpeza e desinfecção externa do carrinho de emergência

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 07.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Após a utilização do carrinho e na conferência.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Terapêutica e Propedêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

2 luvas de procedimento;
1 almotolia de sabão líquido;
1 almotolia de álcool a 70%;
1 carrinho de emergência;
1 caneta e 1 etiqueta de identificação;
3 pedaços de tecidos limpos;
1 óculos de proteção.
1 livro de relatório;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Manter o carrinho de emergência sempre pronto para uso, ou seja, limpo, desinfetado e datado para controle do tempo de limpeza.

Em caso de não conformidade:
Na impossibilidade de fazer, comunicar ao enfermeiro.

CLASSE 07 REG

Bibliografia consultada: continua na página 2/2

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT (Brasil). **NB 26: sinalização de segurança [S.1.]**

BRASIL. **Lei nº 8078,** de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.128, n.176, supl, p. 1,12 set. 1990.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Raquel Corradi Magalhães	Enfermeiros		Setembro/2007
Avaliado por	Elaine Araújo da Silva Antonieta Lourdes de Souza Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2007 Junho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Glaucia Helena Martinho	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza e desinfecção externa do carrinho de emergência

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 07.1	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da Bibliografia Consultada:

LIFESCIENCES E. **Estudo Horswell - Método de Monitorização do Débito Cardíaco Contínuo Baseado na Pressão.** Disponível em: www.edwardscriticalcare.com.br/estudos. Acessado em: 12/08/2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o equipamento;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. reunir todo o material necessário;
4. calçar luvas de procedimento e colocar os óculos de proteção;
5. com pano umedecido em água e sabão limpar o carrinho de emergência (não molhar as partes eletrônicas), o desfibrilador, a tábua de ressuscitação e o cabo de monitorização;
6. retirar todo o excesso de sabão com outro pano limpo umedecido com água, quantas vezes forem necessárias;
7. secar o equipamento com outro pano limpo;
8. friccionar álcool a 70% em todo o equipamento com auxílio de pano limpo e seco;
9. guardar no compartimento específico todos os cabos de monitorização;
10. afixar a tabua de ressuscitação em seu local específico no carrinho;
11. assegurar-se de que o desfibrilador seja ligado à rede elétrica conforme voltagem especificada pelo fabricante;
12. testar o desfibrilador conforme ITT correspondente;
13. deixar o local limpo e organizado;
14. desprezar o material usado no expurgo;
15. retirar luvas de procedimento;
16. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. preencher a etiqueta com data, hora, nome do servidor e fixar no carrinho;
18. registrar no livro de relatórios a atividade realizada com data e hora;
19. assinar e carimbar.

FIM

Título: Organização e conferência do carrinho de emergência

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 07.2	VDTE 016009		1 de 12

Quem:
Enfermeiro preferencialmente ou o Técnico de Enfermagem sob delegação do Enfermeiro.

Quando:
Após qualquer utilização do Carrinho de Emergência ou mensalmente , se não utilizado. A CONFERÊNCIA DO LACRE SERÁ DIÁRIA.

Onde:
Unidades de Internação; Pronto Atendimento; Centros de Tratamento Intensivo; Centro Cirúrgico; Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
01 carrinho de emergência;
01 caneta;
01 lacre de segurança numerado;
01 orientação para organização
01 impresso para registro da conferência (APÊNDICE D);do carrinho (APÊNDICE E);
impressos padronizados para requisição de medicamentos e materiais;
01 rolo de fita crepe.
01 listagem-padrão dos medicamentos do carrinho de emergência da unidade (ANEXO H1);
01 listagem-padrão dos materiais do carrinho de emergência da unidade (ANEXO H1 E H2);

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2-12.

Resultado esperado:
Assegurar que o carrinho de emergência esteja em condições plenas de uso.

Em caso de não conformidade: vide pág. 2/12

Bibliografia consultada: vide pág. 2/12

CLASSE 07 REG

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Raquel Corradi Magalhães Gislene Canazart de Oliveira Caroline Rodrigues Jaqueline Souza Marcos Leão Rômulo Lima Maria Édila Abreu Freitas	Enfermeira Enfermeira Aluna 7º período EEUFMG Aluna 7º período EEUFMG Aluno 7º período EEUFMG Aluno 7º período EEUFMG Professora EEUFMG		Abril de 2008
Avaliado por	Andréia Seabra Antonieta Lourdes de Souza Caroliny Alves Pessoa Claudia Melo Franco Érika de Oliveira Santos Rosana Lima de Souza Rosaura das Graças Silva Heloisa Sampaio Daniela Santos	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira farmácia Enfermeira		Junho de 2008 Outubro de 2008 Outubro de 2008 Dezembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	V DTE Titular		Dezembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Em caso de não conformidade:
Caso haja medicamento vencido, proceder à reposição junto à Farmácia. Em caso de material vencido sob controle do almoxarifado, enviá-lo juntamente com memorando justificando o motivo do envio ao Almoxarifado. Em caso de falta não percebida na conferência anterior, notificar o funcionário que a realizou e providenciar imediatamente reposição junto à farmácia e almoxarifado, com memorando esclarecendo o motivo da solicitação (vide descrição da Instrução de Trabalho). Em caso de lacre atual rompido, sem registro ou intacto, porém divergente do último registro, proceder à conferência do carrinho e comunicar o fato ao coordenador de enfermagem para providências necessárias.

Bibliografia Consultada:
BRASIL. **Portaria nº. 2048/GM de 5 de novembro de 2002.** Sistemas estaduais de urgência e emergência: regulamento técnico. Disponível em: <http://www.aph.com.br>. Acesso em: 01 de maio de 2007.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
GUIMARÃES, J.I (coord). **Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia.** Código azul – Registro de ressuscitação de normatização do carro de emergência. Arq. Brás. Cardiol., vol.81, supple.4. São Paulo. Out. 2003.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Conferir diariamente (preferencialmente no turno da manhã) o número do lacre do carrinho. Se não foi rompido ou não for data para conferência do carrinho, anotar o lacre atual, assinar e carimbar no (APÊNDICE D);
2. em caso de rompimento do lacre, registrar o motivo: (conferência mensal, intercorrência clínica ou auditoria interno-externa), o lacre novo, assinar/carimbar;
3. pegar ficha de conferência do carrinho (APÊNDICE D), listagens-padrão de medicamentos e materiais (ANEXOS H1 E H2) e impresso de organização do carrinho (APÊNDICE E);
4. conferir presença ou não, quantidade (de acordo ou não) e data de validade dos medicamentos e de materiais médico-hospitalares, conforme listagem padronizada para sua unidade/setor. PROCEDER A RETIRADA DE MEDICAMENTO A VENCER NOS PRÓXIMOS 90 DIAS E ENCAMINHAR À FARMÁCIA PARA SUBSTITUIÇÃO;
5. identificar o que foi retirado do carrinho de emergência;
6. proceder também à retirada de materiais a vencer nos próximos 90 dias. Para os materiais de consumo (seringas, agulhas, equipos, etc.), proceder a troca com estoque da própria Unidade/setor. Os demais materiais de controle do almoxarifado (tubos e cânulas endotraqueais, etc.) a vencer nos próximos 90 dias, encaminhá-los ao almoxarifado com memorando esclarecendo o motivo e solicitando a troca;
7. proceder à desinfecção interna do carrinho com pano umedecido com álcool a 70%. Em caso

de sujidade, realizar limpeza com água e sabão antes da desinfecção (não deve haver madeira, papelão, isopor ou qualquer material que não permitam desinfecção);

8. organizar medicamentos e materiais nas gavetas, nas devidas demarcações, facilitando seu uso conforme (APÊNDICE E);
9. proceder a reposição do que foi usado
   9.1. medicamentos: solicitar prescrição médica em caso de medicação utilizada em paciente;
   9.2 materiais: em caso de tubo endotraqueal e cânula de traqueostomia, encaminhar à secretaria administrativa requisição com dados de identificação do paciente para reposição pelo almoxarifado;
   9.3 demais materiais, fazer reposição com o estoque da unidade/setor (observação: materiais e medicamentos vencidos, proceder a troca junto ao almoxarifado e farmácia, utilizando o impresso padronizado folha de falta);
10. para medicamentos controlados vencidos, encaminhar para a Farmácia prescrição médica com a informação "reposição de medicamento vencido do carrinho de emergência", juntamente com o medicamento que venceu. Em caso de quebra do frasco/ampola do medicamento solicitar reposição em impresso padronizado (folha de falta). Para os controlados solicitar prescrição médica com a seguinte especificação: "para reposição do carrinho de emergência";
11. testar os laringoscópios conforme ITT correspondente;
12. conferir funcionamento do desfibrilador conforme ITT correspondente;
13. lacrar o carrinho com novo lacre numerado;
14. registrar no impresso de conferência do carrinho (APÊNDICE D) a data da conferência, o motivo em caso de rompimento do lacre, confirmação do teste do laringoscópio, assinatura legível com carimbo e irregularidades encontradas no rodapé;
15. solicitar a limpeza externa do carrinho de emergência pelo profissional auxiliar de enfermagem conforme ITT "limpeza e desinfecção de equipamentos eletrônicos";

OBS.: O anexo deverá ser trocado mensalmente e arquivado no último dia do mês em local seguro e acessível a ser determinado pelo setor.

FIM

APÊNDICE - D

CONTROLE DE CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA
MÊS _____ ANO _____

DIA	LACRE ATUAL	MOTIVO DO ROMPIMENTO	TESTE DO LARINGOSCOPIO	LACRE NOVO	ASSINATURA E CARIMBO
01		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
02		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
03		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
04		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
05		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
06		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
07		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
08		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
09		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
10		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
11		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
12		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
13		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
14		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
15		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			

16		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
17		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
18		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
19		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
20		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
21		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
22		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
23		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
24		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
25		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
26		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
27		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
28		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
29		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
30		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			
31		( ) Conf. Rotina mensal ( ) Intercorrência ( ) Auditoria ext./int.			

IRREGULARIDADES ENCONTRADAS:

_____

_____

ANEXO H – 1

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA
ADULTO HC – UFMG / 2006

Obs.: Deve-se realizar a troca de todo material/medicamento que irá vencer nos próximos 90 dias

Sólidos de uso oral

Código	Medicamento	Apresentação	Quantidade	Observação
01582.9	Captoprila 25mg	Comp.	02	
01925.0	Isossorbida 5mg SL	Comp.	02	

Medicamentos sujeitos a controle legal

Código	Medicamento	Apresentação	Quantidade	Observação
03628.9	Cetamina 500mg/10ml	Fr. amp.	02	
03703.7	Diazepam 10mg/2ml	Amp.	03	
03717.0	Etomidato 20mg/10ml	Amp.	02	
03724.6	Fenitoína 250mg/5ml	Amp.	05	
03745.5	Fenobarbital 200mg/2ml	Amp.	02	
03773.0	Fentanila 0,5mg/10ml	Fr. amp.	05	
03785.1	Flumazenila 0,5mg/5ml	Amp.	02	
03794.0	Haloperidol 5mg/1ml	Amp.	02	
03870.9	Midazolam 5mg/5ml	Amp.	03	
03873.1	Midazolam 50mg/10ml	Amp.	05	
03885.2	Morfina 10mg/1ml	Amp.	02	
03891.8	Naloxona 0,4mg/1ml	Amp.	02	
03905.0	Petidina 100mg/2ml	Amp.	02	

Injetáveis de grande volume

Código	Medicamento	Apresentação	Quantidade	Observação
00056.1	Bicarbonato de sódio 5%	Fr. 250mL	02	
00063.8	Cloreto de sódio 0.9%	Fr. 250mL	02	
00070.4	Cloreto de sódio 0.9%	Fr. 500mL	02	
00105.6	Glicose 5%	Fr. 250mL	02	
00112.2	Glicose 5%	Fr. 500mL	02	
00154.0	Manitol 20%	Fr. 250mL	01	
00175.0	Ringer c/ lactato	Fr. 500mL	02	

Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT e Unidade Funcional Farmácia – Junho/ 2006

Título: Organização e conferência do carrinho de emergência

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 07.2	VDTE 016009		7 de 12

ANEXO H – 1 - (Continuação)

Injetáveis de pequeno volume

Código	Medicamento	Apresentação	Quantidade	Observação
00269.5	Adenosina 6mg/2ml	Amp.	04	
00271.0	Água destilada 10 ml	Amp.	10	
00308.0	Aminofilina 240mg/10ml	Amp.	02	
00315.7	Amiodarona 150mg/3ml	Amp.	05	
00364.1	Atracúrio 25mg/2,5ml	Amp.	02	Manter em Geladeira
00371.8	Atropina 0,5mg/1ml	Amp.	20	Para o Pronto Atend. – 30 ampolas
00427.9	Bicarbonato de sódio 8,4%	Amp. 10ml	04	
00597.3	Cloreto de potássio 10%	Amp. 10ml	02	
00604.0	Cloreto de sódio 0.9%	Amp. 10ml	02	
00617.1	Deslanosido 0,4mg/2ml	Amp.	02	
00675.4	Difenidramina 50mg/2ml	Amp.	02	
00700.7	Dobutamina 250mg/20ml	Amp.	02	
00707.3	Dopamina 50mg/10ml	Amp.	05	
00735.9	Epinefrina 1mg/1ml	Amp.	20	Para o Pronto Atend. – 30 ampolas
00805.2	Furosemida 20mg/2ml	Amp.	06	
00849.2	Glicose 50%	Amp. 20ml	04	
00854.7	Gluconato de cálcio 10%	Amp. 10ml	04	
00875.6	Hidralazina 20mg/1ml	Amp.	02	Somente p/ Pré Parto
00889.9	Hidrocortisona 100mg	Fr. Amp.	02	
00896.5	Hidrocortisona 500 mg	Fr. Amp.	01	
00973.5	Lidocaína 1% s/v	Fr. Amp. 20ml	01	
01068.1	Metoprolol 5mg/5ml	Amp.	03	
01113.2	Neostigmina 0,5mg/1ml	Amp	02	
01125.3	Nitroglicerina 50mg/10ml	Amp.	02	
01120.9	Nitroprussiato de sódio 50mg	Amp.	02	
01128.6	Norepinefrina 4mg/4ml	Amp.	05	
01162.7	Pancurônio 4mg/2ml	Amp.	02	Manter em Geladeira
01218.8	Prometazina 50mg/2ml	Amp.	02	
01232.0	Protamina 1.000UI/5ml	Amp.	02	
01365.1	Sulfato Magnésio 50%	Amp. 5ml	02	
01372.8	Suxametônio 100mg	Fr. Amp.	02	
01407.0	Verapamil 5mg/2ml	Amp.	03	

Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT e Unidade Funcional Farmácia – Junho/ 2006 ANEXO 2 – B

ANEXO H – 2 - PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIATRICA, UNIDADE NEONATAL, CTI PEDIÁTRICO HC/UFMG / 2006.
Obs.: Deve-se realizar a troca de todo material/medicamento que irá vencer nos próximos 90 dias
Sólidos de uso oral

Código	Medicamento	Apresentação	Quantidade	Observação
01582.9	Captoprila 25mg	Comp.	02	Exclusivo p/ Unidade de Internação Pediátrica
01925.0	Isossorbida 5mg SL	Comp.	02	Exclusivo p/ Unidade de Internação Pediátrica

Medicamentos sujeitos a controle legal

Código	Medicamento	Apresentação	Quantidade	Observação
03628.9	Cetamina 500mg/10ml	Fr. amp.	02	
03703.7	Diazepam 10mg/2ml	Amp.	03	
03717.0	Etomidato 20mg/10ml	Amp.	01	
03724.6	Fenitoína 250mg/5ml	Amp.	02	
03745.5	Fenobarbital 200mg/2ml	Amp.	05	
03773.0	Fentanila 0,5mg/10ml	Fr. amp.	05	
03785.1	Flumazenila 0,5mg/5ml	Amp.	01	
03870.9	Midazolam 5mg/5ml	Amp.	03	
03873.1	Midazolam 50mg/10ml	Amp.	05	
03885.2	Morfina 10mg/1ml	Amp.	02	
03891.8	Naloxona 0,4mg/1ml	Amp.	02	
03905.0	Petidina 100mg/2ml	Amp.	01	
03941.3	Tiopental 1g	Fr. amp.	01	

Injetáveis de grande volume

Código	Medicamento	Apresentação	Quantidade	Observação
00056.1	Bicarbonato de sódio 5%	Fr. 250mL	01	
00063.8	Cloreto de sódio 0.9%	Fr. 250mL	02	
00070.4	Cloreto de sódio 0.9%	Fr. 500mL	02	
00105.6	Glicose 5%	Fr. 250mL	02	
00112.2	Glicose 5%	Fr. 500mL	02	
00154.0	Manitol 20%	Fr. 250mL	01	
00175.0	Ringer c/ lactato	Fr. 500mL	02	

Comissão de Farmácia e Terapêutica e Unidade Funcional Farmácia – Novembro/ 2006

Título: Organização e conferência do carrinho de emergência

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 07.2	VDTE 016009		9 de 12

ANEXO H –2 - (Continuação)
Injetáveis de pequeno volume

Código	Medicamento	Apresentação	Quantidade	Observação
00269.5	Adenosina 6mg/2ml	Amp.	04	
00271.0	Água destilada 10 ml	Amp.	10	
00300.3	Alprostadil 50mcg/ ml	Amp. 1mL	01	Manter em Geladeira
00308.0	Aminofilina 240mg/10ml	Amp.	01	
00315.7	Amiodarona 150mg/3ml	Amp.	05	
00364.1	Atracúrio 25mg/2,5ml	Amp.	02	Manter em Geladeira
00371.8	Atropina 0,5mg/1ml	Amp.	10	
00427.9	Bicarbonato de sódio 8,4%	Amp. 10ml	04	
00597.3	Cloreto de potássio 10%	Amp. 10ml	02	
00604.0	Cloreto de sódio 0.9%	Amp. 10ml	10	
00617.1	Deslanosido 0,4mg/2ml	Amp.	02	
00675.4	Difenidramina 50mg/2ml	Amp.	02	
00700.7	Dobutamina 250mg/20ml	Amp.	05	
00707.3	Dopamina 50mg/10ml	Amp.	05	
00735.9	Epinefrina 1mg/1ml	Amp.	20	
00766.7	Fenilefrina 10mg/ ml	Amp. 1mL	02	
00805.2	Furosemida 20mg/2ml	Amp.	06	
00849.2	Glicose 50%	Amp. 20ml	04	
00854.7	Gluconato de cálcio 10%	Amp. 10ml	04	
00889.9	Hidrocortisona 100mg	Fr. amp.	02	
00896.5	Hidrocortisona 500 mg	Fr. amp.	01	
00973.5	Lidocaína 1% s/v	Fr. amp. 20ml	01	
01068.1	Metoprolol 5mg/5ml	Amp.	02	
01113.2	Neostigmina 0,5mg/1ml	Amp	02	
01125.3	Nitroglicerina 50mg/10ml	Amp.	01	
01120.9	Nitroprussiato de sódio 50mg	Amp.	02	
01128.6	Norepinefrina 4mg/4ml	Amp.	05	
01162.7	Pancurônio 4mg/2ml	Amp.	02	Manter em Geladeira
01218.8	Prometazina 50mg/2ml	Amp.	02	
01232.0	Protamina 1.000UI/5ml	Amp.	02	
01254.0	Rocurônio 50mg	Fr.amp. 5mL	02	Manter em Geladeira
01274.9	Salbutamol 0,5mg	Amp. 1ml	10	Exclusivo p/ CTI pediátrico
01365.1	Sulfato Magnésio 50%	Amp. 5ml	02	
01372.8	Suxametônio 100mg	Fr. amp.	02	
01407.0	Verapamil 5mg/2ml	Amp.	02	

Comissão de Farmácia e Terapêutica e Unidade Funcional Farmácia – Novembro/ 2006

Título: Organização e conferência do carrinho de emergência

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 07.2	VDTE 016009		10 de 12

ANEXO I - 1

LISTAGEM PADRÃO DE MATERIAIS ADULTO

Obs.: Deve-se realizar a troca de todo material/medicamento que irá vencer nos próximos 90 dias

MATERIAL	QUANTIDADE	
Seringas	20 ml – 4 10 ml – 8 05 ml – 3	03 ml – 3 01 ml – 3
Cateteres curtos (jelcos)	nº. 14 - 1 nº 16 - 1 nº 18 - 3	nº 20 - 3 nº 22 - 3 nº 24 - 1
Agulhas	40x13, 5 - 6 25x8, 0 - 6 13x4, 5 - 3	
Extensor	2	
Perfusor	2	
Sonda de aspiração	Nº 12 - 3	
Sonda Gástrica	Nº 14, 16, 18, 20, 22 (1 de cada)	
Condutor de Tubo endotraqueal	1	
Tubos endotraqueais	Nº 07, 7,5, 08, 8,5, 09 (2 de cada)	
Equipo simples com injetor lateral	3	
Equipo Fotossensível para bomba infusora	1	
Equipo microgotas	1	
Equipo para bomba infusora	2	
Cortoplast	3	
Esparadrapo	1 rolo	
Luva estéril	Nº 07, 7,5, 08, 8,5 (2 de cada)	
Luva de procedimento (M)	1 caixa	
Eletrodos descartáveis	10	
Tree-way	3	
Papel de ECG do cardioversor	1 rolo	
Gel para ECG	1 tubo	
Sonda vesical de demora	Nº 12, 14, 16, 18, 20 (1 de cada)	
Sonda vesical de alívio	1 de cada tamanho	
Cateter nasal tipo óculos	1	
Válvula de ar comprimido e oxigênio	1 de cada	
Extensor de silicone para aspiração e oxigênio	1 de cada	
Reanimador manual	1 montado e testado	
Laringoscópio / pilhas médias	1 / 2	
Lâminas de laringoscópio	1 de todos os tamanhos curvas e retas	
Cadarço para fixação de Tubo endotraqueal	1 rolo	
Micropore	1 rolo	
Óculos de proteção	1	
Scalps	19, 21, 23 (2 de cada)	
Cânula de Guedel	1 de cada tamanho (P, M, G)	

Título: Organização e conferência do carrinho de emergência

ANEXO I - 2

LISTAGEM PADRÃO DE MATERIAIS PEDIATRIA/NEONATALOGIA

Obs.: Deve-se realizar a troca de todo material/medicamento que irá vencer nos próximos 90 dias

MATERIAIS	QUANTIDADE
Cabo de laringoscópio adulto	02 unidades
Cabo de laringoscópio pediátrico	02 unidades
Condutor de tubo (adulto/ped)	02 unidades
Lâminas retas nº 0, 1, 2	03 unidades
Lâminas curvas nº 1, 2, 3	02 unidades
Pinça de Maguil	02 unidades
Tubo endotraqueal nº 2,0	02 unidades
Tubo endotraqueal nº 2,5	05 unidades
Tubo endotraqueal nº 3,0	05 unidades
Tubo endotraqueal nº 3,5	05 unidades
Tubo endotraqueal nº 4,0	05 unidades
Tubo endotraqueal nº 4,5	05 unidades
Tubo endotraqueal nº 5,0 a 8,5	03 unidades
Tubo endotraqueal nº 9,0	02 unidades
Xilocaína gel	01 tubo
Cânula de guedel – pequena/média/grande	01 de cada
Capotes descartáveis	02 unidades
Cortoplast	05 unidades
Eletrodos pediátricos	03 unidades
Equipo simples com injetor lateral	01 unidade
Equipo simples microfix com bureta – 100cc	01 unidade
Equipo para BI	02 unidades
Fita microporosa 25 mm x 10m	01 unidade
Extensor para acesso venoso	02 unidades
Gorros	02 unidades
Jelco nº 14	03 unidades
Jelco nº 20	03 unidades
Jelco nº 22	03 unidades
Jelco nº 24	03 unidades
Luvas estéreis nº 7,0 e 7,5	02 pares de cada
Luvas descartáveis	02 unidades
Óculos de proteção	01 unidade
Scalp nº 21	02 unidades
Scalp nº 23	02 unidades
Scalp nº 25	02 unidades
Seringas de 1 ml	10 unidades

ANEXO I - 2 (Continuação)

Seringas de 3, 5, 10, 20 ml	06 unidades de cada
Seringas de 50 ml	04 unidades
SGI 5% - 250 ml	01 frasco
Soro fisiológico 0,9% - 250 ml	02 frascos
Soro fisiológico 0,9% - 500 ml	02 frascos
Three way	02 unidades
Unidade respiratória c/ reservatório – adulto	01 (se disponível)
Unidade respiratória c/ reservatório - pediátrica	01 (se disponível)

APÊNDICE E

ORGANIZAÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

SOBRE O CARRINHO	Caixa lacrada com fita crepe contendo laringoscópio, as lâminas e as pilhas.
1ª gaveta	Medicações de pequeno volume em ordem alfabética.
2ª gaveta	Seringas, agulhas, jelcos, extensores, cortoplast, eletrodos descartáveis, tree-way, perfusor, equipo de soro simples, equipo fotossensível, equipo microgotas, equipo para bomba de infusão.
3ª gaveta	Sondas de aspiração, sondas vesicais, sondas gástricas, tubos endotraqueais, condutor de tubo endotraqueal, luva estéril, luva de procedimento, esparadrapo, micropore, cateter nasal tipo óculos, óculos de proteção, cadarço, cânula de Guedel.
4ª gaveta	Medicações de grande volume: SF 0,9% 500 ml, SGI 5% 500 ml, Bicarbonato de Sódio 5% 250 ml, Ringer e Lactato 500 ml, Hisocel 500 ml, Manitol 250 ml. Válvula de ar comprimido e oxigênio.
Lateral do carrinho	Gel para ECG; Listagens-padrão de medicamentos e materiais; Impresso controle de conferência do carrinho de emergência.
Parte Posterior do carrinho	Tábua de parada.

Título: Teste do desfibrilador

Data da emissão	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 07.3	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro preferencialmente ou técnico de enfermagem sob delegação do Enfermeiro.

Quando:
Diariamente, em turno definido pela unidade.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
1 desfibrilador
1 tomada 110 v ou 220 v conforme orientação do fabricante;
1 livro para registro do teste;
1 papel para impressão do teste;
1 caneta;
1 cola.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Confirmação do adequado funcionamento do equipamento.

Em caso de não conformidade:
Verificar ausência de papel de impressão;
Verificar cabo de energia mal adaptado à tomada;
Verificar se as pás estão mal encaixadas no local destinado a elas;
Na persistência do problema, providenciar outro equipamento e solicitar manutenção do aparelho com defeito ao coordenador ou plantão administrativo.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Abril de 2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Caroliny Alves Pessoa Cláudia Maria de Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho de 2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE		Junho de 2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

CLASSE
07
REG

Título: Teste do desfibrilador

Data da emissão	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	REG 07.3	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da Bibliografia consultada:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
Manual que vem sempre com o equipamento disponibilizado pelo fabricante.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar se o cabo de energia está ligado na tomada 110 v ou 220 v;
2. desligar o cabo de energia e verificar o acionamento da bateria;
3. ligar o desfibrilador deslocando o botão para a Desfib ON ou tecla de Ligar /Desligar;
4. conforme o tipo de desfibrilador, retirar ou manter as pás nos encaixes próprios;
5. selecionar uma carga baixa, 10J, clicando ou girando o botão de seleção;
6. dar carga pressionando o botão Carga n° 2 ou pressionando botão de carga existente em uma das pás;
7. conforme o tipo de desfibrilador
   6.1 retirar as pás e encostar uma à outra;
   6.2 retirar as pás e encostá-las no metal próprio para teste (parte superior do desfibrilador);
   6.3 manter as pás nos seus encaixes, que possuem o metal próprio para teste;
8. disparar a carga pressionando os botões vermelhos presentes nas pás simultaneamente, utilizando os primeiros dedos (polegares);
9. perceber sinal sonoro ou visual indicando o disparo da carga;
10. esperar o registro ser impresso ou verificar se a carga foi disparada, observando o desaparecimento do sinal luminoso do desfibrilador;
11. retirar o papel de registro, assinar, carimbar e colar no livro para registro dos testes. Em caso de desfibrilador que não emite impresso de teste, registrar à caneta no livro a data, a hora, o responsável pelo procedimento e o resultado do teste;
12. recolocar as pás nos locais de encaixe se estas tiverem sido retiradas;
13. desligar o desfibrilador clicando ou girando o botão para a posição OFF;
14. religar o cabo de energia à tomada e manter ligado;
15. deixar o desfibrilador limpo e organizado.

FIM

Instrução de Trabalho Técnico

CLASSE
08
AMB

Necessidade humana básica - Ambiente

Título: Limpeza diária ou concorrente da unidade do paciente

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 01.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Diariamente e sempre que necessário.

Onde:
Na unidade do paciente.

Condições necessárias:
03 pedaços de tecido não estéril (trapos);
01 bacia com água;
01 almotolia com sabão líquido;
02 luvas de procedimento;
01 hamper;
01 almotolia com álcool a 70%;
01 cadeira.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Leito limpo, seguro e confortável, minimizando o risco de infecção hospitalar.

Em caso de não conformidade:
No caso de paciente grave comunicar ao enfermeiro para que avalie a realização do procedimento.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ângela Aparecida de Lima Márcia Alves Sarmento Márcia Marques Santos Rosângela Oliveira Santos	Enfermeira Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Silvia Cristina Severo Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Claudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Julho/2008 Agosto/2008 Abril/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dircianna B. Cangussu	Enfermeira CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

CLASSE 08 AMB

Título: Limpeza diária ou concorrente da unidade do paciente

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 01.1	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da Bibliografia consultada:

OLIVEIRA, A. C. **Infecções hospitalares. Epidemiologia Prevenção e controle.** Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. reunir todo o material necessário e levar até a unidade do paciente;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. solicitar ao paciente e/ou acompanhante para retirar os pertences do armário, colocando-os sobre uma cadeira
   5.1 paciente sem acompanhante, impossibilitado de retirar os pertences, pedir permissão para fazê-lo;
6. aproveitar o momento em que o paciente for encaminhado ao banho para realizar a limpeza;
7. calçar as luvas de procedimento;
8. retirar roupas de cama e colocá-los no hamper, atentando para não colocar no hamper roupas do paciente;
9. no caso de pacientes acamados a limpeza será realizada durante a arrumação do leito conforme ITT correspondente;
10. umedecer um dos panos com água e sabão e começar a limpeza passando-o por todo o travesseiro, colchão, estrado, cabeceira e grades obedecendo à técnica do seu lado para o lado oposto;
11. proceder a limpeza do criado mudo, poltrona, cadeira, rede de oxigênio, suporte de soro;
12. enxaguar utilizando outro pedaço de tecido ou pano úmido, secar e friccionar com álcool a 70 %;
13. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. arrumar o leito conforme ITT correspondente;
15. reorganizar a unidade deixando-a em ordem;
16. registrar no prontuário a data, hora e o procedimento realizado;
17. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo do leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 01.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Na admissão, diariamente e/ou quando o leito estiver molhado ou apresentar sujidades.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
02 lençóis
01 impermeável (plástico)
01 traçado de tecido (móvel)
02 luvas de procedimentos
01 cobertor
01 hamper
01 carrinho de curativo limpo e desinfetado
01 fronha

Descrição da Instrução de Trabalho: Vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Leito limpo e preparado para receber o paciente. Proporcionar segurança e conforto ao paciente. Minimizar o risco de infecção hospitalar.

Em caso de não conformidade:
Ocorrendo recusa do paciente ao preparo do leito, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Carolina Duarte Ferreira Coelho Rosângela Oliveira Santos Antonieta Lourdes Souza Anna Alessandra M. de Meira	Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Maria Bárbara A Santos Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2006 Maio/2008 Junho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo do leito

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 01.2	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da Bibliografia Consultada:

MAYOR, E. R. et al. **Manual de procedimentos e assistência de enfermagem.** Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Procedimentos básicos de enfermagem.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos, conforme N T CCIH 002;
2. reunir e organizar o material no carrinho de curativo e levar para a unidade do paciente;
3. aproximar o hamper aos pés do leito a ser preparado;
4. identificar o tipo de leito a ser preparado

4.1 leito sem o paciente

4.1.1 estender o lençol de baixo até o meio da cama no sentido longitudinal, embutindo a lateral;

4.1.2 colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo na cabeceira do leito sobre o lençol;

4.1.3 estender o lençol de cima até a cabeceira no sentido longitudinal, cobrindo o travesseiro;

4.1.4 passar para o lado oposto e esticar o lençol de baixo, embutindo as laterais ou amarrar as laterais;

4.1.5 estender o lençol de cima completando a vira da cabeceira sob o travesseiro e fazer os cantos dos pés da cama;

4.2 leito com paciente independente

4.2.1 apresentar-se ao paciente e/ou ao acompanhante;

4.2.2 explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante, pedindo que o mesmo deixe o leito;

4.2.3 calçar as luvas de procedimento;

4.2.4 retirar a fronha e os lençóis sujos e desprezá-los no hamper;

4.2.5 estender o lençol de baixo até o meio da cama e sentido longitudinal, embutindo a lateral;

4.2.6 colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo na cabeceira do leito sobre o lençol;

4.2.7 estender o lençol de cima até a cabeceira no sentido longitudinal, cobrindo o travesseiro;

4.2.8 passar para o lado oposto e completar a arrumação da cama esticando o lençol de baixo, embutin do as laterais ou completar com o nó;

4.2.9 estender o lençol de cima completando a vira da cabeceira sobre o travesseiro e fazer os cantos dos pés da cama;

4.2.10 deixar o paciente seguro e confortável;

4.3 leito com paciente dependente

4.3.1 apresentar-se ao paciente e/ou ao acompanhante;

4.3.2 explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

4.3.3 calçar as luvas de procedimento;

4.3.4 colocar o travesseiro sem a fronha sobre a mesa ou cadeira;

Título: Preparo do leito

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: AMB 01.2	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 3 de 3

4.3.5 posicionar o paciente em decúbito lateral, seguro e protegido com o lençol de cima;
4.3.6 enrolar o lençol móvel e o lençol de baixo já usado ou sujo separadamente até o meio da cama e sob o corpo do paciente;
4.3.7 colocar o lençol de baixo e o lençol móvel, embutindo as laterais;
4.3.8 virar o paciente para o lado pronto;
4.3.9 trocar o lençol protetor do paciente sem expor o mesmo;
4.3.10 passar para o lado oposto;
4.3.11 retirar a roupa usada e desprezá-la no hamper;
4.3.12 esticar os lençóis embutindo as laterais ou completar com o nó;
4.3.13 colocar a fronha no travesseiro e acomodar o paciente;
4.3.14 deixar o paciente seguro e confortável e a unidade em ordem;

4.4 leito de pós-operatório
4.4.1 estender o lençol de baixo até o meio da cama em sentido longitudinal, embutindo a lateral;
4.4.2 estender o impermeável no meio da cama no sentido horizontal e sobre o mesmo o lençol móvel;
4.4.3 colocar a fronha no travesseiro e o mesmo aos pés da cama;
4.4.4 estender o lençol de cima até a cabeceira no sentido longitudinal;
4.4.5 estender o cobertor até a cabeceira no sentido longitudinal;
4.4.6 passar para o lado oposto e completar a arrumação esticando o lençol de baixo, embutindo as laterais ou completar com o nó;
4.4.7 estender o impermeável e o lençol móvel embutindo a lateral;
4.4.8 estender o lençol de cima juntamente com o cobertor, enrolando até o centro da cama em sentido
longitudinal;

5. deixar a unidade em ordem;
6. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. registrar no prontuário, quando houver pacientes, data, hora, o procedimento realizado e queixas se houver;
8. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza e desinfecção da superfície do local de preparo dos medicamentos.

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Três vezes ao dia; ao término de cada plantão; nos horários de preparo de medicação; e sempre que necessário.

Onde:
Sala de preparo de medicação.

Condições necessárias:
03 pedaços de tecido limpo (trapo);
01 recipiente com água;
02 luvas de procedimentos;
01 impresso ou livro próprio;
01 almotolia com sabão liquido;
01 almotolia com Álcool a 70 %.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Superfície limpa, desinfetada e organizada para manipulação de medicamentos.

Em caso de não conformidade:
Comunicar ao enfermeiro do turno quando não for realizada, para que seja reprogramada para outro momento a realização do procedimento.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Anna Alessandra Mattos de Meira Márcia Alves Sarmento Rosângela Oliveira Santos Márcia Marques Santos	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Auxiliar de Enfermagem		Abril/2006
Avaliado por	Sílvia Cristina Severo Antonieta Lourdes Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Claudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Abril/2008 Julho/2008 Abril/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza e desinfecção da superfície do local de preparo dos medicamentos.

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.1	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar.** Epidemiologia. Prevenção. Controle. 2ª Ed. Medsi. Rio de Janeiro. 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. separar e preparar o material e levar até o posto de enfermagem;
3. retirar todo o material existente sobre o balcão;
4. calçar as luvas de procedimento;
5. umedecer um pano com água e sabão e passar em toda a superfície e bordas do balcão;
6. enxaguar e secar toda a área do balcão utilizando outro pedaço de tecido;
7. friccionar com álcool a 70%, utilizando outro pedaço de tecido em toda a superfície e bordas do balcão;
8. retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
9. recolocar os materiais sobre o balcão;
10. deixar a unidade em ordem;
11. registrar em livro de relatório ou impresso próprio a data, hora, limpeza e desinfecção;
12. assinar e carimbar.

FIM

Título: Controle de registro de temperatura do refrigerador da sala de preparo de medicamento

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 5

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Manhã ou tarde, de acordo com a rotina da unidade em um intervalo máximo de 24 horas.

Onde:
Unidades de Internação, Centro Cirúrgico, Pronto Atendimento, Centro de Terapia Intensiva, Serviços de Propedêutica e Imagem, Ambulatórios

Condições necessárias:
01 termômetro de máxima e mínima;
01 caneta;
01 ficha de controle de registro (APÊNDICE F).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/5 e 3/5.

Resultado esperado: vide página 2/5.

Em caso de não conformidade:
Caso a temperatura não esteja dentro dos parâmetros ideais supracitados, solicitar ao coordenador administrativo pedido de manutenção do refrigerador;
Transferir os medicamentos e soluções para o refrigerador de outra unidade mais próxima e registrar ocorrência na ficha de registro de controle de temperatura do mesmo;

Bibliografia consultada: vide página 2/5.

CLASSE 07 REG

Histórico da revisão:
Feito ajuste no quadro do apêndice F, em julho de 2010, após auditoria interna que constatou dificuldades no preenchimento do mesmo.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Adriana Rosa Ferreira Figueiredo Amália Augusta Nunes Antonieta Lourdes da Silva Viviane Rosado	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Sarah Silva Abrahão Anna Alessandra Soraya Coelho Costa Mara Januário Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira Enfermeira Farmacêutica Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho/2006 Agosto/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Julho/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira da CCIH		Dezembro/2008
Revisado por	Daniela Santos Érika de Oliveira Santos Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira da Gesqualis Enfermeira da Gesqualis Enfª. Da Comissão de ITT		Agosto de 2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Controle de registro de temperatura do refrigerador da sala de preparo de medicamento

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	2 de 5

Resultado esperado:
Confirmação dos valores ideais de temperatura entre 2º e 8º centígrados para garantir a conservação dos medicamentos e soluções; controle da temperatura do refrigerador; registro em planilha própria

Bibliografia consultada:
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (Brasil). **NBR 6493: emprego de cores para identificação de tabulação.** [S .l.]: ABNT, [1994].
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (Brasil). **NB 26: sinalização de segurança.** [S. l.]: ABNT.
BOECKH, H. **Vestimentas e lavanderia: apostila.** [S.l.]: Sociedade Brasileira de Controle de Contaminação, 1996.
BRASIL, FUNASA. **Manual de Rede de Frio.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.funasa.gov.br.//pub/pub/00htm > acesso em setembro 2008.
BRASIL, Ministério da Saúde. Anvisa. **Resolução nº. 328,** de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias.
BRASIL, Ministério da Saúde – Serviço Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº. 272,** de 8 de abril de 1998. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral.
BRASIL, Ministério da Saúde. **Boas práticas para fabricação de produtos farmacêuticos.** Brasília: 1994.
BRASIL. **Lei nº8078,** de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.128, n.176, supl., p. 1,12 set. 1990.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Abrir a geladeira;
2. realizar a leitura das temperaturas no termômetro de máxima, mínima (FIG 16 B): e atual de acordo com as respectivas colunas, sem tocar no termômetro e o mais rápido possível;
   2.1 temperatura mínima: a que está indicada ao nível inferior do filete azul na coluna esquerda;
   2.2 temperatura máxima: a que está indicada ao nível inferior do filete azul na coluna da direita;
   2.3 temperatura atual: indicada pela coluna de mercúrio (coluna prateada) em ambos os lados;
3. após a leitura das temperaturas, zerar o termômetro pressionando o botão central para anular as temperaturas máximas e mínimas fazendo com que os filetes azuis encostem -se às colunas de mercúrio, iniciando o processo de medição do próximo período;
4. fechar a geladeira;

Título: Controle de registro de temperatura do refrigerador da sala de preparo de medicamento

5. registrar na ficha de controle de temperatura a data, o horário, as temperaturas mínima, máxima e atual e assinar com letra legível (APÊNDICE F);
6. a temperatura dos refrigeradores deverá permanecer na faixa de 2 a 8ºC. Em caso de não conformidade, proceder conforme orientação específica
   6.1 verificar a existência de acúmulo de gelo. Caso isso ocorra, transferir os medicamentos para outro (s) refrigerador (es) e proceder ao degelo e à limpeza;
   6.2 aguardar duas horas para nova leitura da temperatura. Caso continue fora da faixa de temperatura ideal, comunicar à UF Engenharia Hospitalar para manutenção;
   6.3 voltar com os medicamentos para o refrigerador caso a temperatura volte ao normal após a limpeza;
   6.4 notificar a falha ocorrida no próprio impresso de registro das temperaturas. Os desligamentos dos refrigeradores devem ser registrados no mapa de controle de temperatura;
   6.5 manter termômetro armazenado ou instalado sempre na posição vertical na 2ª prateleira, no centro;
   6.6 evitar que o termômetro possa ser submetido a quedas ou impactos;
7. não utilizar geladeira duplex ou frigobar, pois não dão segurança quanto às bruscas elevações de temperatura em caso de falta de energia ou defeito;
8. manter a geladeira em local arejado e afastado da incidência da luz solar direta ou outra fonte de calor e longe da parede cerca de 20 cm;
9. realizar degelo a cada 15 dias ou quando se formar camada de gelo superior a 0,5 cm de espessura;
10. garrafas com água e corante (anilina) na prateleira inferior da geladeira ajudam a evitar mudanças abruptas na temperatura em caso de falta de energia ou defeito do equipamento;
11. arquivar o impresso “Ficha de Controle diário de temperatura de refrigerador” mensalmente.

FIM

APÊNDICE F:

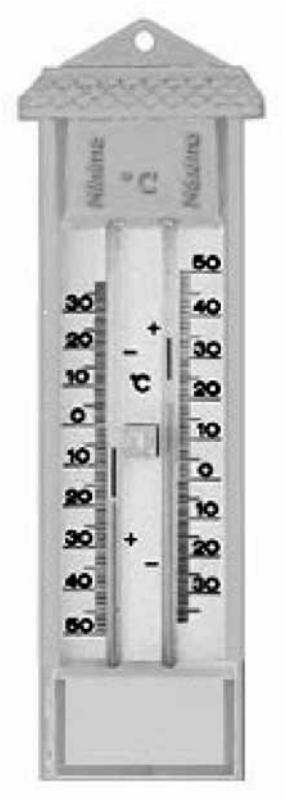
Título: Controle de registro de temperatura do refrigerador da sala de preparo de medicamento

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	4 de 5

FICHA DE CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA DE REFRIGERADOR

MÊS:			ANO:			MARCA DO REFRIGERADOR:			FONTE DE ENERGIA:		
PERÍODO	MANHÃ					TARDE					Observações
DIA	HORA	MIN. ºC	MAX. ºC	ATUAL ºC	RUBRICA	HORA	MIN. ºC	MAX. ºC	ATUAL ºC	RUBRICA	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
Falhas	HORA DA FALHA										
	TEMP. AO ENCONTRAR A FALHA										
	DIAS PARADOS POR FALHA										

FIGURA 16 A - Termômetro de Máxima e Mínima



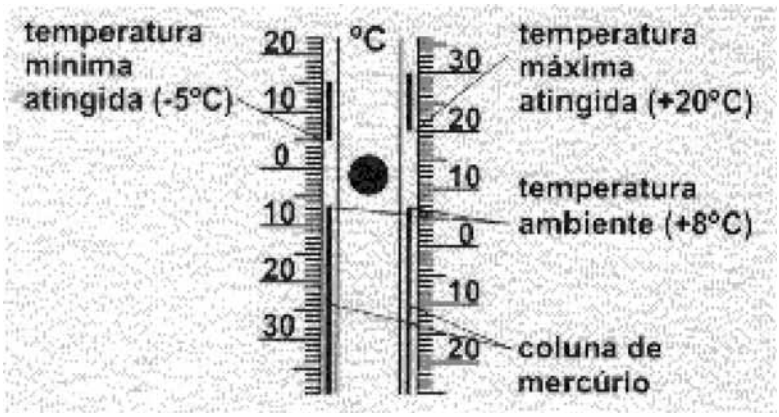


FIGURA 16 B - Instruções para aferição da temperatura

Título: Limpeza de refrigerador da sala de preparo de medicamento após a higienização

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.3	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
A cada 15 dias ou quando o gelo atingir 0,5 centímetros de espessura.

Onde:
Posto de enfermagem/ Sala de preparo de medicação.

Condições necessárias:
01 caixa de isopor com tamanho adequado para acondicionar os medicamentos e soluções parenterais que se encontram no refrigerador;
Gelox em quantidade suficiente para revestir todas as laterais internas da caixa de isopor;
01 termômetro para controle da temperatura interna no isopor;
03 panos limpos para limpeza (trapos);
02 luvas de procedimento;
01 bacia com água;
01 ficha de registro do controle de temperatura (APÊNDICE G);
01 balde;
02 panos de chão;
01 almotolia de sabão líquido.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Refrigerador limpo, na temperatura ideal, sem prejuízo da conservação dos medicamentos nele armazenados.

Em caso de não conformidade:
Caso o aparelho não atinja a temperatura de 2 a 8 graus centígrados após a higienização (APÊNDICE G), comunicar ao coordenador administrativo o pedido de manutenção do mesmo.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Adriana Rosa Ferreira Figueiredo Amália Augusta Nunes Viviane Rosado	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Maio/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Claúdia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Sarah Silva Abrahão	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Abril/2008 Setembro/2008 Abril/2008 Agosto/2006
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza de refrigerador da sala de preparo de medicamento após a higienização

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.3	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia Consultada:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (Brasil). **NBR 6493: emprego de cores para identificação de tabulação.** [S.l.]: ABNT, [1994].

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (Brasil). **NB 26: sinalização de segurança. [**S. l.]: ABNT, BRASIL, Ministério da Saúde. ANVISA. **Resolução nº. 328,** de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias.

BOECKH, H. **Vestimentas e lavanderia: apostila.** [S.l.]: Sociedade Brasileira de Controle de Contaminação, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde – Serviço Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº. 272,** de 8 de abril de 1998. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boas práticas para fabricação de produtos farmacêuticos.** Brasília, 1994.

BRASIL. **Lei nº8078,** de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do BRASIL, Brasília, v.128, n.176, supl, p. 1,12 set. 1990.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Cobrir as paredes internas da caixa de isopor com gelox;
2. colocar o termômetro de mercúrio na parte central da caixa, aguardar que atinja temperatura entre 2º e 8º centígrados;
3. transferir os medicamentos, soluções para o isopor com gelox e termômetro e colocá-los sobre o balcão; caso o setor disponha de outra geladeira também para guarda de medicamentos, não é necessário o uso de gelox, basta transferir os medicamentos de geladeira;
4. desligar o refrigerador a ser limpo;
5. colocar os panos de chão sob as portas para evitar que a água escorra pelo piso;
6. recolher, com o auxílio de um pano limpo e de um balde, o excesso de água acumulado no fundo do refrigerador;
7. após o descongelamento, lavar o refrigerador por dentro e por fora com água e sabão neutro, usando um pano;
8. secar o refrigerador por dentro e por fora com outro pano;
9. ligar o refrigerador, zerar o termômetro, e posicioná-lo no centro do mesmo;
10. aguardar que a temperatura atinja entre 2º e 8º centígrados;
11. retornar com os medicamentos e soluções ao refrigerador limpo. O refrigerador é destinado apenas aos medicamentos, soluções e água para pacientes imunossuprimidos, não devendo ser colocado nenhum alimento ou produtos de qualquer outra natureza;
12. registrar na ficha de controle diário de temperatura a data e horário do procedimento realizado (APÊNDICE G);
13. registrar novamente a temperatura no mapa;
14. datar, assinar e carimbar;

FIM

Título: Limpeza de refrigerador da sala de preparo de medicamento após a higienização

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.3	VDTE 016009		3 de 3

APÊNDICE G

Registro de Higienização e Intercorrências

Data	Higienização ou Intercorrência	Assinatura do Responsável

Registro de Temperatura após higienização

Data	Hora	Temp. Atual	Temp. Máxima	Temp. Mínima	Assinatura	Data	Hora	Temp. Atual	Temp. Máxima	Temp. Mínima	Assinatura
1						16					
2						17					
3						18					
4						19					
5						20					
6						21					
7						22					
8						23					
9						24					
10						25					
11						26					
12						27					
13						28					
14						29					
15						30					

Título: Limpeza e desinfecção de armário e escaninho do posto de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.4	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
A cada 15 dias ou quando necessário**.**

Onde:
Posto de enfermagem

Condições Necessárias:
03 pedaços de tecidos limpos (trapos);
01 almotolia com sabão líquido;
02 luvas de procedimento;
01 impresso ou livro próprio;
01 recipiente com água;
01 almotolia com álcool a 70 %.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Armários e escaninhos limpos, desinfetadas e organizados.

Em caso de não conformidade:
Comunicar ao enfermeiro quando não for realizada, para que seja reprogramado a realização do procedimento em outro dia.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, d**e 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar.** Epidemiologia. Prevenção. Controle. Ed. Medsi. Rio de Janeiro. 2001. 2ª edição.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Márcia Alves Sarmento Márcia Marques Santos Rosângela Oliveira Santos	Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Silvia Cristina Severo Antonieta Lourdes Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Julho/2008 Agosto/2008 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza e desinfecção de armário e escaninho do posto de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.4	VDTE 016009		2 de 2

Descrição da Instrução Técnica de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. separar e preparar os materiais;
3. confirmar que a bancada esteja limpa;
4. retirar o material e ou medicamento aos poucos, um armário ou escaninho a cada vez, e colocá-los sobre a bancada;
5. calçar luvas de procedimento;
6. umedecer um pano com água e sabão e limpar os armários e escaninhos na parte interna e externa;
7. enxaguar e secar os armários e escaninhos na parte interna e externamente;
8. atentar para que os mesmos estejam secos;
9. friccionar álcool a 70% nos armários e escaninhos na parte interna e externamente;
10. retirar as luvas e higienizar as mãos;
11. recolocar o material nos armários e escaninhos;
12. deixar o setor limpo e organizado e solicitar ao administrativo renovação das etiquetas de identificação, quando necessário;
13. registrar o procedimento em livro de relatório ou impresso próprio quanto a data e a hora;
14. assinar e carimbar.

FIM

Título:Limpeza, desinfecção e organização do arsenal.

Data da Emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.5	VDTE 016009	1ª em 06/2010	1 de 3

Quem:
Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Quinzenalmente.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições Necessárias:

4 trapos para limpeza
1 capote e 1 óculos protetor (opcional)
1 almotolia com sabão liquido
1 impresso de controle da limpeza (APÊNDICE H)
1 almotolia com Álcool a 70%
1 caneta
1 recipiente com água
1 carro de transporte de material limpo
2 luvas de procedimento

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado Esperado:
Arsenal limpo, desinfectado e organizado por nome dos pacotes de materiais esterilizados e por data de validade de esterilização dos mesmos.

Em caso de não conformidade:
Em caso de material com data de esterilização vencida, encaminhar para a Central de Material Esterilizado e substituí-lo por outro.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, d**e 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

CLASSE 08 AMB

Histórico da revisão:
Após avaliação local em alguns setores a CCIH recomendou diminuição do intervalo de tempo do item quando.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Claudia Maria Mela Franco	Enfermeira Enfermeira		Julho de 2008
Avaliado por	Enfermeiros das UI			Julho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por	Glaucia Helena Martinho	Enfª CCIH		Abril/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título:Limpeza, desinfecção e organização do arsenal.

Data da Emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 02.5	VDTE 016009	1ª em 06/2010	2 de 3

Continuação da Bibliografia Consultada:

Fonte primária, pesquisa realizada no local de acordo com fluxo prático.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. reunir o material necessário;
3. calçar as luvas e colocar os EPIs;
4. avaliar se o procedimento poderá ser executado em uma ou mais etapas (de acordo com a quantidade de materiais armazenados);
5. retirar o material existente e colocar dentro do carro de transporte;
6. umedecer um pano com água e sabão e passar em todas as superfícies e bordas;
7. enxaguar com outro pano e secar;
8. friccionar álcool a 70%;
9. retirar as luvas e o EPI;
10. higienizar as mãos;
11. retornar com o material atentando para manter a ordem anteriormente estabelecida, ex.: ordem alfabética ou pacotes mais usados, etc.;
12. conferir em cada pacote
    - 12.1 limpeza, integridade e secura;
    - 12.2 identificação completa: nome do material, data da esterilização, validade da esterilização, número do lote e nome de quem preparou;
    - 12.3 comprovante de esterilização (fita reagente/indicador químico);
13. na possibilidade de existir vários pacotes do mesmo material, estes serão ordenados por data de vencimento de esterilização, sendo que os que vencerão primeiro serão colocados na frente;
14. atentar para que os pacotes que são pouco usados e que vencerão antes da próxima data estipulada para as tarefas sejam substituídos;
15. alertar o enfermeiro para os materiais que estejam faltando ou em quantidade mínima;
16. registrar no impresso a data, a hora, anormalidades encontradas e condutas;
17. assinar e carimbar;
18. arquivar o impresso em local seguro.

Título:Limpeza, desinfecção e organização do arsenal.

APÊNDICE H

Registro de limpeza do Arsenal

Data	Observações	Assinatura

FIM

Título: Limpeza e desinfecção de cadeiras, macas e mesas para exames

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 03.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Diariamente e imediatamente após o uso.

Onde:
Na área limpa do expurgo e/ou no local das mesmas.

Condições necessárias:
03 pedaços de tecidos limpos (trapos);
01 recipiente com água;
01 almotolia com sabão líquido;
02 luvas de procedimento;
01 almotolia com Álcool a 70 %;
01 impresso ou livro próprio.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Materiais ou equipamentos limpos, seguros, desinfetados, funcionantes e prontos para o uso..

Em caso de não conformidade:
Comunicar ao enfermeiro do turno quando não for realizado, para que seja reprogramado a realização do procedimento.
Em caso de defeito, solicitar o conserto ou a troca do equipamento bem como a aquisição e reposição do mesmo.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ângela Aparecida de Lima Márcia Alves Sarmento Márcia Marques Santos Rosângela Oliveira Santos	Enfermeira Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira		Abril/2008
Avaliado por	Silvia Cristina Severo Antonieta Lourdes Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Claudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Abril/2008 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza e desinfecção de cadeiras, macas e mesas para exames

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 03.1	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da Bibliografia Consultada:

MARTINS, M. A. **Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle.** Ed. Medsi. Rio de Janeiro. 2001. 2ª edição.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. separar e preparar os materiais;
3. calçar as luvas de procedimentos;
4. remover das rodinhas pelos sujidades e resíduos quando presentes;
5. solicitar limpeza e lubrificação periódica das rodinhas através de ordem de serviço a manutenção;
6. umedecer um tecido com água e sabão e passar em toda a cadeira, maca ou mesa;
7. enxaguar removendo todo o sabão com tecido úmido e limpo, quantas vezes forem necessárias;
8. secar todo o mobiliário com outro tecido limpo;
9. friccionar com álcool 70% com outro tecido limpo;
10. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
11. guardar a cadeira ou maca na sala de utilidades;
12. registrar em livro de relatório ou impresso próprio a data, hora, limpeza e desinfecção;
13. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza e desinfecção de equipamentos eletrônicos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 03.2	VDTE 016009	1ª em 02/ 2010	1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Uma vez ao dia quando em uso na unidade do paciente;
Uma vez por semana quando não estiver sendo utilizado;
Após o término do uso;
Antes de encaminhar para setores de manutenção.

Onde:
Na unidade do paciente, na sala de guarda do material, na central de equipamento e no expurgo.

Condições necessárias:
03 pedaços de tecido não-estéril (trapo);
01 almotolia com sabão líquido;
01 escova macia e 01 cotonete (para bomba de infusão);
01 recipiente com água;
01 almotolia com Álcool a 70%;
01 rótulo para datar após a desinfecção;
02 luvas de procedimento.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado: vide página 2/2

Em caso de não conformidade:
Em caso de apresentar sujidade, repetir o procedimento.
Em caso de equipamentos com mau contato encaminhar para o setor de manutenção e providenciar substituição.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:
Em janeiro de 2010, devido a reclamações do setor de manutenção que tem recebido equipamentos e materiais com sujidade, a ITT foi revisada e acrescentada observação no item "quando" e no item 15 da descrição da instrução de trabalho.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Márcia Alves Sarmento Márcia Marques Santos Rosângela Oliveira Santos Antonieta Lourdes Souza	Enfermeiro Aux. Enfermagem Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Março/2007
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Claudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2008 Julho/2008 Abril/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Março/2007 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por	Gláucia Helena Martinho Antonieta Lourdes Souza Leonor Gonçalves	Enfermeira da CCIH Enfa Comissão ITTs VDTE Titular		Janeiro de 2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

CLASSE 08 AMB

Título: Limpeza e desinfecção de equipamentos eletrônicos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 03.2	VDTE 016009	1ª em 02/ 2010	2 de 2

Resultado esperado:
Equipamentos limpos, desinfetados, funcionantes testados e datados para controle da limpeza e desinfecção.

Bibliografia Consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCH. R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem.** 20ª ed. Século XXI, Curitiba, 2004.
MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar.** Epidemiologia Prevenção. Controle. 2ª ed. Medsi. Rio de Janeiro. 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. reunir todo necessário material necessário;
3. calçar as luvas de procedimento;
4. limpar todo o equipamento, utilizando pedaço de tecido (trapo) levemente umedecido com água e sabão, segundo orientação do fabricante;
5. usar o tecido somente umedecido, não encharcá-lo, devido ao possível dano ao equipamento;
6. remover o sabão utilizando outro pedaço de tecido discretamente umedecido e secar;
7. friccionar com álcool a 70% utilizando outro pedaço de tecido (3°), segundo orientação do fabricante;
8. atentar para partes do equipamento em que não deve ser friccionado com álcool;
9. no caso de bomba de infusão e oxímetro, não passar álcool a 70% no painel de programação dos mesmos; ainda em bomba de infusão: utilizar apenas o cotonete para limpar o emissor infravermelho e escova macia para limpar o restante do sensor, se necessário usar vaselina líquida para lubrificá-lo;
10. enrolar os cabos dos equipamentos e não dobrar os mesmos;
11. testar o equipamento após a limpeza;
12. encaminhar o material usado ao expurgo;
13. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. atentar para os equipamentos que devem ficar conectados à fonte de energia, mesmo quando não em uso;
15. datar e assinar o rótulo e fixá-lo no equipamento. O rótulo deve conter a data da desinfecção, nome do funcionário e o setor que o equipamento pertence.

FIM

Título: Limpeza do Equipamento de Proteção Individual - EPI

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Após o uso do equipamento.

Onde:
Na área limpa do expurgo.

Condições necessárias:
01 almotolia com sabão líquido;
01 fita crepe branca larga;
02 luvas de procedimento;
01 impresso ou livro próprio;
03 pedaços de tecidos (trapos) para cada EPI;
01 almotolia com Álcool a 70%;
01 campo de tecido não estéril.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
EPI limpo, desinfetado, identificado e pronto para uso.

Em caso de não conformidade:
Em caso de dano, solicitar a troca do material.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle.** 2ºed. Medsi Rio de Janeiro 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ivone Mussel Coutinho Rosângela Oliveira Santos Vanda Custódia Manoel	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Claudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Abril/2008 Julho/2008 Abril/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussu	Enfermeira CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza do Equipamento de Proteção Individual - EPI

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.1	VDTE 016009		2 de 2

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Separar e preparar o material;
2. calçar luvas de procedimento;
3. desprezar os EPI(s) descartáveis (gorro, máscara, avental e luvas de procedimento);
4. lavar os óculos com água e sabão líquido, enxaguar e secar; não passar álcool a 70%;
5. lavar o avental de plástico/napa com água e sabão utilizando um dos tecidos limpos;
6. enxaguar, secar e friccionar álcool a 70%;
7. calçar as luvas grossas de cano longo e lavá-las com água e sabão, enxaguar sem retirá-las;
8. retirar as luvas grossas virá-las, expondo a parte interna da luva, lavá-las com água e sabão, enxaguar, deixar escorrer sobre o campo de tecido não estéril, friccionar com álcool a 70% após as mesmas estarem secas;
9. lavar as botas externamente com água e sabão, enxaguar, secar com pano seco e limpo e friccionar álcool 70%;
10. identificar o EPI na fita crepe branca com o nome do usuário, data da limpeza e desinfecção e guardá-lo em armário específico;
11. utilizar para cada EPI um pedaço de tecido específico;
12. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
13. deixar a unidade limpa e em ordem;
14. registrar em livro de relatório ou impresso próprio a data, a hora e situações adversas se houver;
15. assinar e carimbar.

FIM

Título: Troca de soluções, limpeza e desinfecção de almotolias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
A cada 72 horas e antes, se ocorrer o término da solução ou a almotolia estiver sem identificação ou sem data de validade da solução.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
1 almotolia com solução detergente;
1 galão com álcool a 70%;
1 galão com Hipoclorito de sódio a 1%;
1 escova para limpeza de interiores;
1 esponja;
1 recipiente para imersão de almotolias;
EPI: avental impermeável, óculos, 1 par de luvas;
2 pedaços de pano limpo;
1 caneta;
etiquetas de identificação.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Almotolias limpas e desinfetadas.

Em caso de não conformidade:
Em caso de ressecamento, rachadura, furo ou rosca frouxa solicitar a substituição das mesmas.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

CLASSE 07 REG

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Novembro/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes Souza Claudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Novembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE titular		Novembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Troca de soluções, limpeza e desinfecção de almotolias

Continuação da bibliografia consultada:

MINISTERIO DA SAÚDE. Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de almotolias (limpeza e desinfecção) –** Rotina C7. Rio de Janeiro, nov. 2002. Disponível em: http://www.ipec.fiocruz.br/ccih/rotinas/IPEC%20ROTINA%20C7.pdf. Acesso em: novembro de 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DA SAÚDE. – SMS. Comissão de Controle de Infecção. **Manual de Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos em Unidades de Saúde de Ribeirão Preto-RP.** 2002. Disponível em: http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/comissao/desin/i16manual.htm. Acesso em: novembro de 2008.

Processamento de almotolias (limpeza e desinfecção). Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/especialidades/ccih/process_almotolias.htm Acesso em: novembro de 2008.

SILVA, D.G.da et al. **A enfermagem no controle da infecção hospitalar.** 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Goiânia, nov. de 2005. Disponível em: http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/562.htm Acesso em: novembro de 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. HOSPITAL DAS CLÍNICAS. CCIH. **Norma Técnica – Limpeza e desinfecção de almotolias.** Belo Horizonte, nov. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar almotolias com data de validade a vencer no dia, sem soluções ou com pouca solução restante;
2. levar almotolias ao expurgo sujo para iniciar processamento;
3. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e paramentar-se com EPI's;
4. desprezar restos de soluções se presentes. Não completar a solução das almotolias com enchimentos sucessivos;
5. desenroscar as ponteiras;
6. lavar as almotolias com solução detergente ou água e sabão utilizando escova própria para limpeza de seu interior e exterior; desprezar solução através da ponteira;
7. enxaguar as almotolias em água corrente;
8. na área limpa do expurgo, deixar as almotolias emborcadas para escorrer o excesso de água;
9. para desinfecção química
   - 9.1 imergir as almotolias em solução de hipoclorito a 1% (diluição conforme orientações do fabricante) por 30 minutos; enxaguar exaustivamente em água corrente; deixar escorrer o excesso de água e secar o exterior com pano limpo e seco. Usar ar comprimido para secar o interior das almotolias;
   - 9.2 imergir as almotolias em álcool 70% por 10 minutos; retirar as almotolias do recipiente com álcool e deixá-las secar espontaneamente;
10. preencher as almotolias até 2/3 da sua capacidade, sendo as transparentes com álcool a 70% ou sabonete e as almotolias opacas com PVPI (somente o n.º que será colocado em uso de imediato);

Título: Troca de soluções, limpeza e desinfecção de almotolias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.2	VDTE 016009		3 de 3

11. identificar o tipo de solução das almotolias com a etiqueta, colocar data do envaze e data de validade e nome legível;
12. deixar o expurgo limpo e em ordem;
13. retirar os EPI's e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. distribuir as almotolias onde forem necessárias em cada setor ou estocá-las em local limpo e seco;
15. registrar em livro de relatório a data, a solução usada e o número de almotolias processadas;
16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Utilização do detergente enzimático

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.3	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Para limpar instrumental clínico e cirúrgico, endoscópios, instrumentos microtubulares, equipamentos e materiais médico-hospitalares, locais de difícil acesso à remoção mecânica e na presença de sangue, gordura, fezes, muco, fluidos orgânicos e proteínas em geral.

Onde:
Na área destinada à limpeza ou lavagem do material.

Condições necessárias:
material a ser limpo
01 seringa de 10 ml
01 galão de detergente enzimático
01 máscara facial e 01 par de óculos de proteção
01 medidor graduado em ml
01 avental impermeável e 01 relógio
01 fonte de água corrente
01 par de luvas de borracha de cano longo
recomendações de uso do fabricante
01 impresso de controle e 01 livro relatório
01 escova não metálica de cerdas duras
01etiqueta e caneta
01 recipiente plástico que contemple a quantidade do material a ser limpo

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Material limpo. Uso adequado do produto, conforme orientação do fabricante. Evitar desperdício.

Em caso de não conformidade:
Em caso de não remoção de qualquer sujidade, repetir o processo, se persistir a sujidade, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/2.

CLASSE
08
AMB

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta L. de Sousa Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		27/05/08
Avaliado por	Anna Alessandra M. Meira Maria Teresa F. Araújo	Enfermeira Enfermeira da CME		28/05/08
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme A. Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Utilização do detergente enzimático

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.3	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia Consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/06/2008**.**
WWW.lenzafarm.com.br/enzima.btm e www.lenzafarm.com.br/detergente-enzimatico.html Acessado em 12/06/08.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o tipo e a quantidade de material a ser limpo;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. vestir os EPIs (máscara, óculos, avental e luvas de cano longo);
4. utilizar o medidor para colocar no recipiente de plástico a quantidade de água em litros suficiente para cobrir o material;
5. verificar, conforme a recomendação do fabricante no rótulo do produto, a quantidade em ml de detergente enzimático a ser adicionada no recipiente de plástico contendo água;
6. utilizar o medidor ou a válvula pump do produto para adicionar a quantidade em ml do detergente enzimático;
7. diluir ou preparar apenas a quantidade necessária para higienizar o material;
8. não adicionar alvejantes, outros detergentes, desinfetantes ou qualquer solução química;
9. anotar na etiqueta de identificação a data, o horário, o nome da pessoa que realizou a diluição e fixar no recipiente;
10. verificar a necessidade de pré enxágüe do material (presença de sangue e/ou secreção visível) e retirar passando em água corrente;
11. separar o material pesado e cortante deixando os itens finos e leves por cima;
12. injetar solução nos tubos finos com o auxílio de uma seringa;
13. colocar o instrumental aberto e o material plástico desmontado sempre que possível;
14. manter o material submerso pelo tempo recomendado pelo fabricante;
15. retirar o material verificando a limpeza do mesmo;
16. escovar o instrumental, principalmente as áreas críticas como articulações, cremalheiras e ranhuras, na direção das mesmas;
17. enxaguar o material em água corrente e colocar para secar;
18. observar o aspecto da solução, pois, permanecerá válida enquanto estiver clara, límpida e pelo tempo recomendado pelo fabricante;
19. trocar a solução a cada 6 horas e sempre que a solução apresentar sinais de saturação (alteração de cor, textura e odor), independente do tempo de uso da mesma;
20. deixar o setor limpo e organizado;
21. retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar o procedimento no impresso de controle e colar no livro de relatório;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza de material crítico (cubas, instrumental, caixas)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.4	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Após a utilização do material e/ou seu encaminhamento para o expurgo.

Onde:
Sala de limpeza de material (Expurgo).

Condições necessárias:
Material usado em imersão de solução de água e detergente:
01 ponto de água corrente;
01 escova de cerdas firmes e uma esponja não abrasiva;
01 almotolia com sabão líquido;
01 par de luvas nitrílicas de cano longo;
01 vasilhame com solução de detergente enzimático
EPIs (luvas de auto-proteção, gorro, óculos de proteção, avental impermeável);
trapos limpos em número de acordo com o quantitativo de material:
01 campo velho de tecido +/- de1x1m, limpo e seco

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Materiais limpos, secos, íntegros e funcionantes.

Em caso de não conformidade:
Em caso de danos no material, substituí-lo e comunicar ao enfermeiro do setor.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

CLASSE 08 AMB

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Maria Tereza F. de Araújo Rosângela de Oliveira Santos	Enfermeira Enfermeira		Novembro/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia M. Melo Franco Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Dezembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Dezembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza de material crítico (cubas, instrumental, caixas)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.4	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Paramentar-se com os EPIs, calçando as luvas de procedimento por baixo das luvas nitrílicas;
2. verificar a quantidade e tipo de material e organizar o fluxo para realizar a tarefa;
3. retirar uma peça de cada vez, da solução de água e detergente e passá-la sob a água corrente;
4. escorrer o material e colocá-lo imerso na solução de detergente enzimático, conforme ITT correspondente;
5. observar que o material mais pesado deverá ficar no fundo e os mais leves por cima;
6. aguardar o tempo preconizado, conforme o estabelecido pelo fabricante;
7. novamente, retirar uma pinça de cada vez e lavar o instrumental cuidadosamente com a escova especialmente as cremalheiras e articulações realizando movimentos no sentido das serrilhas;
8. usar a esponja para lavar copos, cubas, caixas e outros materiais não articulados;
9. enxaguar abundantemente em água corrente, colocando-os para escorrer sobre a bancada forrada com o campo velho;
10. retirar as luvas nitrílicas e os óculos de proteção;
11. enxugar o material em toda a sua extensão revisando a limpeza, integridade e funcionalidade usando os trapos;
12. separar o material não apto para posterior troca ou recolocar na solução enzimática. Caso alguma sujeira persista, repita a lavação;
13. agrupar os materiais por função, tamanho, espessura ou apresentação para serem encaminhados à CME;
14. trocar as soluções dos vasilhames (sabão líquido e detergente enzimático conforme ITT correspondente);
15. retirar os EPIs restantes e lavá-los conforme ITT correspondente;
16. lavar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. deixar o setor limpo e organizado;
18. registrar no livro de relatórios a data, hora, procedimento realizado, se material danificado a conduta;
19. assinar e carimbar.

FIM

Título: Limpeza e desinfecção de material não crítico (bacia, balde, jarro, comadre, marreco).

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.5	VDTE 016009	1ª em 07/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Após uso pelo paciente, após realização de procedimentos.

Onde:
Na sala de limpeza de material.

Condições necessárias:
01 ponto com água corrente;
02 escovas com haste longa de cerdas macias;
01 esponja de espuma não abrasiva;
01 almotolia com sabão líquido;
01 almotolia com álcool a 70%;
01 papel para etiqueta (rótulo);
04 pedaços de pano limpo (trapo).
EPI (luvas de procedimento, máscara, óculos de proteção, avental semipermeável com manga longa e luvas nitrílicas de cano longo);
01 impresso ou livro próprio e 01 caneta;
01 campo duplo velho limpo e seco;
10 cm de fita adesiva;
01 carrinho limpo e desinfetado para transporte de material limpo;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:
Em maio de 2010, devido à definição pela CCIH/CME, do modo de como seria feito o processo de desinfecção destes materiais na instituição, o mesmo foi acrescentado a esta ITT de limpeza.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Carolina Duarte Márcia Alves Sarmento Pereira Márcia Marques Rosângela Oliveira Santos	Auxiliar de Enfermagem Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes Sousa Anna Alessandra M. de Meira Claudia Melo Franco Maria Tereza F. Araújo	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Abril/2008 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por	Gláucia Helena Martinho Ivone Coutinho Mussel Rosângela Oliveira Santos Antonieta Lourdes de Souza Claudia Melo Franco	Enfª. CCIH Enfª. CME Enfª. Coord. CME Enfª. Comissão ITT Enfª. Coord. Comissão ITT		Julho/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza e desinfecção de material não crítico (bacia, balde, jarro, comadre, marreco).

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.5	VDTE 016009	1ª em 07/2010	2 de 3

Resultado esperado:
Materiais limpos, secos, desinfetados, funcionantes, datados e identificados pelo responsável pelo procedimento.

Em caso de não conformidade:
Em caso do material apresentar sujidade, repetir o procedimento até que fique completamente limpo. Em caso de perfurações, comunicar ao enfermeiro e solicitar a substituição.

Bibliografia consultada:
ALEXANDRE, N. M. C**. Procedimentos básicos de enfermagem.** São Paulo: Atheneu. 2003.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar.** Epidemiologia. Prevenção. Controle. 2º ed. Medsi Rio de Janeiro 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

Na área suja

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. separar, preparar o material e estender o campo sobre a bancada;
3. paramentar com os EPIs calçando as luvas de procedimento por baixo das luvas nitrílicas;
4. reunir todo o material a ser limpo;
5. fazer a pré-lavagem da comadre, marreco e cuba rim quando houver resíduos de fezes ou secreção utilizando água corrente;
6. Alerta
   - 6.1 Os artigos utilizados em pacientes em Precauções por via de Transmissão (contato, ar ou perdigoto) e as comadres e marrecos de setores críticos (CTIs e Unidade de Transplantes) serão encaminhados para a CME onde serão processados.
   - 6.2 os outros artigos seguirão a seqüência abaixo
7. lavar um a um com água e sabão, friccionando com a espoja e/ou escova de acordo com a característica do material;
8. enxaguar abundantemente com água corrente;
9. deixar escorrer o excesso de água e colocar sobre o campo limpo e seco;
10. retirar as luvas nitrílicas;
11. secar o material com tecido limpo e seco (trapo);
12. passar este material para a parte limpa ou na falta desta, colocar diretamente no carrinho para transporte;
13. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Na área limpa

14. calçar novas luvas de procedimento;
15. molhar outro trapo com álcool a 70% e friccionar por três vezes o material, um de cada vez,

Título: Limpeza e desinfecção de material não crítico (bacia, balde, jarro, comadre, marreco).

sendo primeiro na parte externa e depois na interna (para a parte interna do marreco usar a 2ª escova com haste);

16. retirar o restante dos EPIs e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002. Ao final do plantão proceder a limpeza dos mesmos conforme ITT correspondente;
17. datar e identificar no rótulo, o responsável pelo procedimento e pregar nos materiais;
18. deixar o setor limpo e organizado;
19. registrar em livro ou impresso próprio a data e hora;
20. assinar e carimbar.

FIM

Título: Organização, conferência e encaminhamento de material para a CME

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.6	VDTE 016009	1ª em 07/2010	1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Nos horários padronizados e estabelecidos pela CME.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Embalagens de plásticos já padronizadas pela Instituição;
material limpo e seco;
1 carrinho de transporte limpo e desinfetado;
1 caderno ou impresso de protocolo;
1 caneta esferográfica.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Material limpo, seco, íntegro, funcionante, separado, identificado, transportado em segurança e recebido pela CME.

Em caso de não conformidade:
Solicitar a presença do enfermeiro da CME em caso de dúvidas referentes ao material, e neste caso, dar retorno ao enfermeiro do andar quanto às não conformidades detectadas e a conduta tomada.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Histórico da revisão:
Em junho de 2010 devido a retirada de uma ITT desta subclasse o número desta mudou de AMB 04.7 para AMB 04.6.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Rosangela O. Santos Maria Tereza F. Araújo	Enfermeira Enfermeira		Outubro/2008 Outubro/2008
Avaliado por	Anna Alessandra M de Meira Antonieta Lourdes de Souza Vanda C. F. Manoel	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2008 Dezembro/2008 Novembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Dezembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por	Antonieta Lourdes de Souza	Enfª. Comissão ITT		Julho/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Organização, conferência e encaminhamento de material para a CME

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.6	VDTE 016009	1ª em 07/2010	2 de 2

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Certificar que o material está limpo, seco, íntegro e funcionante. Se sujo ou molhado, voltar para a limpeza conforme ITT correspondente; se não funcionante, substituí-lo;
2. separar o material por processo de esterilização;
3. datar, identificar e listar todo o material a ser encaminhado em impresso ou caderno da própria unidade;
4. embalar em um saco plástico, separadamente, os materiais termossensíveis;
5. embalar o material a ser autoclavado por função, tamanho, espessura ou pacote;
6. organizar os sacos com os materiais no carrinho, colocando os pesados por baixo e os leves e delicados por cima;
7. descer o carrinho com o impresso ou caderno, utilizando o elevador para cargas, até a recepção de material da CME;
8. conferir todo o material juntamente com o funcionário da CME;
9. assinar a folha padronizada de entrada do material pela CME;
10. solicitar que o funcionário da CME assine o impresso ou o caderno do setor registrando o recebimento do material;
11. retornar ao setor de origem e proceder a desinfecção do carrinho;
12. manter a sala de limpeza de material limpa e organizada.

FIM

Título: Limpeza e desinfecção da sala de "expurgo"

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.7	VDTE 016009	1ª em 07/2010	1 de 3

Quem:
Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

Quando:
Área suja – diariamente.
Área limpa – semanalmente.
Geladeira – mensalmente.

Onde:
Sala de expurgo das Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

6 pedaços de panos limpos e velhos
1 avental descartável
1 almotolia de sabão líquido
1 par de óculos de proteção
1 almotolia de álcool a 70%
1 par de luvas de borracha de cano longo
1 recipiente/bacia com água
1 mapa de controle

Descrição da Instrução de Trabalho: vide pag. 2/3 e 3/3.

Resultado Esperado:
Expurgo limpo, desinfetado e organizado.

Em caso de não conformidade:
Em caso do procedimento não ser realizado, comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: coninua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Histórico da revisão:
Em junho de 2010 devido à retirada de uma ITT desta subclasse o número desta mudou de AMB 04.8 para AMB 04.7.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira		16/05/2008
Avaliado por	Maria Dirce Mendonça Cláudia Melo franco	Enfermeira Enfermeira		Maio/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Junho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussu	Enfermeira CCIH		Dezembro/2008
Revisado por	Antonieta Lourdes de Souza	Enfª. Comissão ITT		Julho/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Limpeza e desinfecção da sala de "expurgo"

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.7	VDTE 016009	1ª em 07/2010	2 de 3

Continuação da Bibliografia Consultada:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle** – 2 ed. Médica e Cientifica. Belo Horizonte, 2001

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Vestir o avental e colocar os óculos de proteção;
2. retirar os materiais dos armários ou das bancadas superiores ou inferiores e colocá-los sobre a bancada principal;
3. higienizar as mãos e calçar as luvas;
4. molhar um pano na água da bacia e esguichar o sabão no mesmo;
5. limpar a superfície das bancadas superiores e/ou inferiores e os armários nas partes internas e externas e desprezar o pano (usar mais de um se necessário);
6. molhar outro pano para enxaguar a superfície das bancadas e os armários nas partes internas e externas (não desprezá-lo, deixar torcido sobre a bancada);
7. com outro pano secar e friccionar álcool a 70% nos armários nas partes internas e externas e superfície das bancadas (não desprezá-lo);
8. retirar as luvas e higienizar as mãos;
9. recolocar o material organizadamente nos armários ou nas bancadas;
10. retirar todo o restante de material da bancada principal ou colocar num canto da mesma e depois repetir o procedimento deste lado;
11. calçar as luvas novamente e pegar o pano utilizado no item 6;
12. molhar na bacia, esguichar o sabão no mesmo e limpar toda a superfície e as bordas da bancada, desprezar o pano;
13. pegar o pano utilizado no item 7, molhar na bacia e enxaguar a superfície e bordas da bancada (não desprezá-lo, deixar torcido sobre a bancada);
14. com outro pano, secar e friccionar álcool a 70% na superfície e borda da bancada (não desprezá-lo);
15. retirar as luvas e higienizar as mãos;
16. recolocar o material organizadamente nas bancadas, ou seja, em seus devidos lugares;
17. encaminhar material para exame que estiver na geladeira do expurgo, se houver;
18. transferir soluções para outro refrigerador ou caixa de isopor com gelo, se houver;
19. desligar o refrigerador da guarda de material biológico;
20. calçar as luvas mais uma vez;
21. cuidar para que a água do degelo não escorra pelo piso;
22. após o degelo retirar o excesso de água acumulada no fundo do refrigerador;
23. pegar o pano utilizado no item 13, molhar na bacia, esguichar o sabão no mesmo e limpar todo o refrigerador por dentro e por fora, desprezar o pano após o uso;
24. pegar o pano utilizado no item 14, molhar na bacia e enxaguar todo o refrigerador, por dentro e por fora; desprezar o pano após o uso;
25. com outro pano secar e friccionar álcool à 70% em todo o refrigerador, por dentro e por fora;
26. desprezar o pano;
27. desprezar a água da bacia e lavá-la; retirar e desprezar o avental e encaminhar o óculos para limpeza;
28. retirar as luvas e higienizar as mãos;

Título: Limpeza e desinfecção da sala de "expurgo"

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 04.7	VDTE 016009	1ª em 07/2010	3 de 3

29. ligar o refrigerador e aguardar uma hora para retornar com as soluções ou colocar material para exames;
30. deixar o setor limpo e organizado;
31. anotar no impresso de controle do Registro de Limpeza do Expurgo, vide abaixo, a data, intercorrências, se houver e assinar.

APÊNDICE I

Registro de Limpeza do Expurgo

Data	Limpeza ou intercorrência	Assinatura do responsável

FIM

Título: Condutas em acidente com quimioterápicos citotóxicos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 05.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e funcionários dos serviços gerais.

Quando:
Na ocorrência de derramamento de quimioterápico citotóxico envolvendo ambiente e/ou pessoal.

Onde:
Nas áreas onde são realizadas atividades de administração e transporte de quimioterápicos citotóxicos.

Condições necessárias:
1 Kit de derramamento contendo:
1 avental descartável, impermeável, com manga longa
1 máscara de proteção com camadas filtrantes (N 95)
1 par de óculos de proteção
1 par de luvas nitrílicas
100 folhas de papel descartável
10 compressas velhas ou trapos
1 unidade de agulha 40/12
2 propés descartáveis
1 bolsa com 100ml de solução fisiológica a 0,9%
1 almotolia com detergente líquido
1 almotolia com álcool a 70%
1 impresso de memorando
1 caixa para descarte de resíduos perfuro-cortante tóxico de 13 litros, na falta desta, utilizar a caixa para descarte de resíduos perfuro-cortante, identificando-a como Lixo Tóxico.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3.

Resultado esperado:
Remoção total e segura de resíduos decorrentes de acidentes com drogas citotóxicas.
Encaminhamento adequado do indivíduo que sofreu contaminação gerada por contato ou inalação de drogas citotóxicas.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

CLASSE 08 AMB

Histórico da revisão:
Em Agosto/2010 devido a inserção e padronização do Kit de derramamento no HC e atualização do modo de limpeza de quimioterápicos citotóxicos, os mesmos foram incorporados à presente ITT.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Cláudia Denísia de Brito Ronan de Abreu Ramirez	Enfermeiro Enfermeiro		Julho/2008
Avaliado por	Cláudia Melo Franco	Enfermeiro		Agosto/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú Nice F. de Souza	Enfermeira CCIH Setor gerenciamento de Resíduo		Dezembro/2008
Revisado por	Ronan de Abreu Ramirez Claudia Denísia de Brito Antonieta Lourdes de Souza	Enf°. Coord. Ambulatório de QT Enfª. do Ambulatório de QT Enfª. Comissão de ITT		Setembro/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Condutas em acidente com quimioterápicos citotóxicos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 05.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	1 de 3

Em caso de não conformidade:
Em caso de grandes derramamentos de citotóxicos em que o Kit não seja suficiente para contenção: comunicar ao enfermeiro ou técnico de enfermagem para que providencie outro kit e auxilie no procedimento.

Bibliografia consultada:
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÀRIA. **RDC Nº. 220** de 21 de Setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico dos Serviços de Terapia Antineoplásicas.
BONASSA, E., SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica.** 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
Biossegurança: Alguns Aspectos Importantes-ZODIAC.
COREN-MG. **NR 32-** Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

Em caso de contaminação dos equipamentos de proteção individual e/ ou diretamente da pele ou olhos, realizar os seguintes procedimentos

1. Remover imediatamente as luvas e as vestimentas;
2. lavar exaustivamente com água e sabão, as áreas da pele atingidas, enxaguar e secas com o papel toalha;
3. se o profissional estiver usando lente de contato, retirá-la imediatamente e lavar o olho exaustivamente com a solução fisiológica isotônica em jato;
4. o enfermeiro deverá fazer um memorando informando sobre o acidente ocorrido e encaminhar o profissional para atendimento médico imediato.

Em caso de acidente ambiental:

1. certificar-se do derramamento do quimioterápico citotóxico;
2. avaliar a extensão e já definir a nesse cidade ou não de mais um Kit;
3. retirar o paciente do local (área ou leito) e acomodá-lo em outro local;
4. isolar a área do derramamento e buscar o(s) Kit(s) de derramamento na área limpa do expurgo;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e paramentar-se com o EPI;
6. pegar as compressas secas e reservar uma unidade;
7. com a mão dominante usar uma a uma das compressas, retirando o medicamento derramado, com movimentos firmes e em forma de pressão (unidade do paciente, suporte de soro, bomba de infusão, bandeja, parede, chão ou onde houve o derramamento). Trocar a compressa sempre que julgar necessário;
8. desprezar a compressa usada na caixa para descarte de resíduo tóxicos;
9. pegar a compressa reservada e umedecê-la com álcool a 70%;
10. friccionar em toda a área onde houve o derramamento e também desprezar na caixa para descarte de resíduos tóxicos;

Título: Condutas em acidente com quimioterápicos citotóxicos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 05.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	1 de 3

11. retirar as luvas e os óculos, guardá-los cada um em um saco plástico e vedar;
12. retirar o restante do EPI, desprezá-los na caixa e levar a mesma e os sacos lacrados para a área suja do expurgo;
13. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. trocar a roupa de cama do paciente e retornar com o mesmo para o leito deixando-o seguro e confortável;
15. informar à Central de Equipamento o uso do Kit de derramamento, solicitando reposição do mesmo;
16. documentar o acidente de contaminação ambiental informando o local do acidente, a droga e quantidade, pessoas envolvidas, o procedimento de limpeza adotado, assinar, carimbar e encaminhar uma cópia ao responsável pelo gerenciamento de resíduos da instituição.

FIM

Título: Condutas para o descarte de mercúrio (termômetro/coluna de esfigmomanômetro)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 05.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
O aparelho se tornar inutilizado ou houver quebra da coluna de mercúrio (termômetro ou aparelho de pressão).

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulatórios, Ambulâncias e Domicílio.

Condições necessárias:
01 bandeja de inox;
01 seringa de 10 ou 20ml;
01 almotolia de sabão líquido;
02 luvas de procedimento;
fita crepe para vedar;
01 cartão, cartolina ou outro material rígido;
01 rótulo de identificação;
01 par de luvas nitrílicas;
01 máscara para gases e vapores orgânicos com carvão ativado;
EPIs: óculos de proteção;
01 recipiente rígido, exceto de vidro, com tampa de rosca.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Isolar o mercúrio, identificar corretamente e comunicar ao setor de Gerenciamento de Resíduos para encaminhamento final correto, com menor risco de contaminação para o paciente, o profissional e o meio ambiente.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett Reis Maria de Fátima S. de Souza e Silva Denise Ferreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Téc.Enfermag.		07/04/2006
Avaliado por	Maria Bárbara Alves dos Santos Antonieta Lourdes de Souza Anna Alessandra Mattos de Meira Cláudia Melo Franco Maria Tereza F. de Araújo Miriam Louise S. Bandeira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 09/06 e 12/08 Abril/2008 Junho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Dezembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Elci de Souza Santos Gláucia Helena Martinho	Coord. Resíduos Enfermeira CCIH		Janeiro/2009 Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

CLASSE 08 AMB

Título: Condutas para o descarte de mercúrio (termômetro/coluna de esfigmomanômetro)

Em caso de não conformidade:
Em caso de não conseguir isolar o mercúrio, comunicar com o Serviço de Gerenciamento de Resíduos do HC para orientação.

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

POTTER, P.A. e PERRY, A.G. **Sinais Vitais. In: Fundamentos de Enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v. 1, cap.31, pág. 657 – 707. Trad. Carlos Eduardo Severo Macieira

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Setor de Resíduos. **Recomendação Técnica para descarte de Mercúrio.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Aparelho sem condições operacionais com a coluna de mercúrio íntegra
   1.1 conservar a embalagem original e vedá-la com a fita crepe;
   1.2 acondicionar a embalagem original vedada em recipiente rígido;
   1.3 identificar o recipiente com a inscrição “material pérfuro cortante mercúrio”;
2. aparelhos com a coluna de mercúrio rompida ou quebrada
   2.1 Sem derramamento do mercúrio
      2.1.1 acondicionar a embalagem em recipiente rígido, não poroso, com selo d’água resistente a ruptura, punctura e/ou vazamento;
      2.1.2 lacrar o recipiente e identificá-lo com o símbolo de substância tóxica com a inscrição “Contém “Mercúrio;”
   2.2 Com derramamento de mercúrio
      2.2.1 colocar os óculos, a máscara e as luvas de procedimento;
      2.2.2 retirar o paciente imediatamente do ambiente contaminado;
      2.2.3 abrir as janelas para dissipar a concentração de mercúrio no ambiente;
      2.2.4 calçar as luvas nitrílicas;
      2.2.5 recolher o mercúrio derramado, reunindo-o com o cartão ou cartolina e aspirando com o auxílio da seringa;
      2.2.6 colocar o mercúrio aspirado no recipiente rígido, completar com água até um terço do volume total do frasco e vedá-lo com a tampa de rosca;
      2.2.7 evitar contato direto com o mercúrio derramado. Se ocorrer contato com a pele, lavar imediatamente o local com água corrente;
      2.2.8 identificar o frasco com o símbolo de substância tóxica, com a inscrição “Contém Mercúrio”;
      2.2.9 retirar os óculos, a máscara e as luvas nitríficas;
3. trocar as roupas do paciente e lavar imediatamente o local com água corrente em caso de con-

Título: Condutas para o descarte de mercúrio (termômetro/coluna de esfigmomanômetro)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº/Data/Rev.:	Página
04/2009	AMB 05.2	VDTE 016009		3 de 3

tato direto;

4. trocar as roupas de cama caso ocorra contato com o mercúrio;
5. encaminhar o frasco devidamente identificado para o “expurgo”;
6. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
7. comunicar com o setor de resíduos e registrar a ocorrência
   7.1 em caso de acidente com o paciente, registrar no prontuário;
   7.2 em caso de acidente com o funcionário, redigir memorando e encaminhar ao SAST;
   7.3 em ambos os casos, redigir memorando ao setor de resíduos com a descrição do material e as condições em que ele se encontra para encaminhamento final correto;
8. aguardar o Setor de Resíduos que providenciará o recolhimento do “mercúrio”.

FIM

Instrução de Trabalho Técnico

CLASSE
09
REG

Necessidade humana básica - Terapeutica

Título: Aprazamento da prescrição para o paciente

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 01.1	VDTE 016009		1 de 5

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Após a liberação de cada prescrição.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Domicílio.

Condições necessárias:
01 caneta comum
01 caneta marca texto
prescrição médica atual
prescrição médica anterior (se adequado)
conhecimento prévio do paciente (histórico de enfermagem, passagem de plantão, corrida de leito, durante atendimento).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/5, 3/5, 4/5 e 5/5.

Resultado esperado:
Distribuição adequada dos intervalos dos medicamentos prescritos para tratamento do paciente com base na prescrição, na política institucional, nas características do medicamento e nas condições clínicas do paciente.

Em caso de não conformidade:
Assim que possível, solicitar a prescrição de medicamentos/procedimentos utilizados/realizados em situações de emergência, sob indicação verbal. Solicitar complementação ou substituição da prescrição em caso de rasuras, preenchimento incompleto e letra ilegível. Questionar abreviaturas desconhecidas. Circular horários se colocados indevidamente e assinar.

Bibliografia consultada: vide página 2/5.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Outubro/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco Lucia F. R. Moreira Thais Ferreira de Lourdes Carneiro Elisabete Silva Peixoto Fabiana Lacerda	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Julho/2008 Julho/2008 Julho/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro CCIH		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Aprazamento da prescrição para o paciente

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 01.1	VDTE 016009		2 de 5

Bibliografia consultada:
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB) Sepse. **Latin American Sepsis Institute.** São Paulo, 2006/2007. 162p.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº. 311/2007. C**ódigo de ética dos profissionais de enfermagem. 2007
FREIRE, A.M.de S.S.; OLIVEIRA, **T.S.de. Aprazamento de medicação; Atividade para o enfermeiro. 2**003. Disponível em: HTTP://200.222.60.171/PDFaprazamento%20de%20medicacao.pdf. Acesso em: 02 outubro 2008.
POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** vol. II. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1726p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Receber a nova prescrição médica, conferir se a mesma está completa, compreensível e com letra legível;
2. fazer leitura criteriosa de toda a prescrição;
3. seguir o horário padrão definido pela instituição quando possível
   - 3.1 4 em 4 horas: 10, 14, 18, 22, 02, 06 ou 12, 16, 20, 24, 04, 08;
   - 3.2 6 em 6 horas: 12, 18, 24, 06;
   - 3.3 8 em 8 horas: 14, 22, 06 ou 16, 24, 08;
   - 3.4 12 em 12 horas: 12, 24 ou 18, 06 ou 20, 08;
   - 3.5 24 em 24 horas: depende da medicação (evitar horário dos banhos e madrugada);
4. colocar os horários de administração dos medicamentos na nova prescrição seguindo a prescrição anterior, para dar continuidade aos intervalos adequados de administração e de acordo com o estado clínico do paciente;
5. nunca rasurar ou utilizar corretivos. Se errar circular o horário. O horário circulado significa que o medicamento não deverá ser administrado ou o procedimento não deverá ser realizado naquele momento;
6. aprazar dieta enteral para 06 vezes diárias: 08, 11, 14, 17, 20, 23 horas; para 04 vezes ao dia, tirar os horários de 11 e 17horas; para 08 vezes ao dia, acrescentar dois horários na madrugada (ANEXO J);
7. iniciar antibioticoterapia imediatamente, quando confirmada infecção. se mais de um antibiótico, evitar sobreposição de horários, para não sobrecarregar a função hepática e renal e/ou sobrepor tempos de administração;
8. iniciar antibioticoterapia endovenosa de largo espectro antes da 1ª hora, nas admissões em Unidades de Terapia Intensiva ou Centros de Terapia Intensiva e antes de 03 horas, após obtenção de culturas;
9. iniciar antibioticoterapia e analgésicos após procedimento cirúrgico levando em consideração

Título: Aprazamento da prescrição para o paciente

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 01.1	VDTE 016009		3 de 5

o horário da dose utilizada no centro cirúrgico;

10. evitar aprazar anti-hipertensivos nos mesmos horários (exceto quando houver discussão clínica);
11. verificar se há interações entre os medicamentos prescritos. Evitar horários em que as interações possam ser negativas para o paciente (ANEXO K);
12. verificar se há medicamentos de efeitos similares (liquemine e clexane ou ranitidina e omeprazol, por exemplo) e questionar o profissional que prescreveu;
13. com caneta marca-texto, destacar as situações excepcionais presentes na prescrição;
14. assinar e carimbar a prescrição aprazada imediatamente após o último item à esquerda do impresso;
15. os enfermeiros dos turnos seguintes também deverão verificar as prescrições, assinar e carimbar, para evitar o mínimo de erros.

FIM

Título: Aprazamento da prescrição para o paciente

ANEXO J

Medicamentos padronizados no HC/UFMG cuja administração da Nutrição Enteral (NE) deve ser interrompida antes ou após o seu uso

(Comissão de Suporte Nutricional)

1.	Aminofilina comprimido	Interromper a NE 1h antes e lavar a sonda.
2.	Azitromicina cápsula	Administrar 1h antes ou 2h após a NE.
3.	Captopril comprimido	Administrar 1h antes da NE.
4.	Carbamazepina comprimido revestido	Interromper a NE 2h antes e 2h depois.
5.	Cefalexina cápsula	Interromper a NE 2 h antes e 2 h depois.
6.	Ciprofloxacino comprimido revestido	Interromper a NE 1 h antes e 2 h depois.
7.	Fenitoina comprimido	Interromper a NE 2 h antes e 2 h depois.
8.	Haloperidol comprimido	Interromper a NE 1h antes e lavar a sonda, se sonda transpilórica administrar IM ou IV.
9.	Hidróxido de alumínio suspensão	Interromper a NE 2 h antes e 2 h depois.
10.	Hidróxido de alumínio + Hidróxido de magnésio suspensão	Administrar 2 h depois da NE.

Bibliografia consultada:

1. DEF - **Dicionário de Especialidades Farmacêutica**s 34a. Edição, Editora de Publicações Científicas, 2005/2006.
2. Izco N, Creus N, Massó J, et al. **Incompatibilidades fármaco-nutrición enteral: recomendaciones generales para su prevención.** Farm Hosp 2001:25(1):13-24.
3. Lechuga MG, Estela AC, Pêra DA, et al. **Importância de las características físico-químicas de los fármacos para su administración por sonda nasoentérica o enterostomía**. Farm Hosp 1998:22(3): 137-143.
4. Manual de **Nutrición enteral y medicación para farmacéuticos.** Colégio Oficial de farmacéuticos de Madrid, 2003.
5. Q**uality improvement of oral medication administration in patients with enteral feeding tubes. Qual Safe Health Care** 2006:15:44-47.
6. Sainz ML, Redín MD, Miguel RS, et al. P**roblemas de utilización de medicamentos en pacientes enterostomizados.** An. Sist. Sanit. Navar. 2003:26(3):septiembre-diciembre.
7. Sánchez, AIG, Almagro CGM, Aranzana MC, et al. **Atención farmacéutica en pacientes con nutrición enteral.** Farm Hosp 2006: 30 (1):44-48.
8. USP DI: **Drug Information for the Health Care Professional;** Vol. I 18th Edition, the United States Pharmacopeial Convention, Inc., 1.998:1305.

Título: Aprazamento da prescrição para o paciente

ANEXO K

Alterações na eficácia de medicamentos conforme o tempo de infusão

1. Amiodarona perde em torno de 10% de sua atividade após 2 h de infusão.
2. Heparina perde até 20% de sua atividade após 3 h de infusão.
3. Nitroglicerina e Propofol perdem até 50% de sua atividade após 24 h de infusão.
4. Tiopental perde 25% de sua atividade após 24 h de infusão.

Interações medicamentosas

Associações	Interações/Efeitos Adversos
Diazepam e antiácidos	Os antiácidos diminuem a eficácia anticonvulsivante e aumenta o risco de depressão central. Administrar com um intervalo de 2h.
Diazepam e Propanolol	O Propanolol provoca a potencialização do efeito do Diazepam.
Captopril e Antiácido	O Antiácido diminui 40% a absorção do Captopril. Administrar com intervalo de 1-2h.
Captopril e outros hipotensores	Aumenta o efeito hipotensor.
Captopril e Diuréticos	Aumenta o efeito Hipotensor.
Furosemida com Hipoglicemiantes orais (Metformina)	O Furosemida reduz o efeito hipoglicemiante.
Fenitoína e Furosemida	A Fenitoína diminui 50% o efeito do diurético.

Bibliografia consultada:

1. AME. **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem**: 2007/2008. 5. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2006
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF**). Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2006.
3. DEF. **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas** 34. Ed.Editora de Publicações Científicas, 2005/2006.

FIM

Título: Preparo de medicamento para ser administrado por via oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.1	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de enfermagem e o Auxiliar de enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica para o paciente.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Prescrição médica, medicamento prescrito e local com boa iluminação, sem interrupções e distrações;
1 bandeja de inox limpa e desinfetada;
1 copo descartável de 50 ml;
1 copo com água filtrada;
1 tira pequena de esparadrapo;
1 toalha de papel (opcional);
1 conta gotas (opcional);
1 seringa descartável (opcional);
1 espátula descartável (opcional);
1 instrumento para cortar e/ou triturar comprimidos (opcional).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Medicamento preparado de forma segura para ser administrado por via oral.

Em caso de não conformidade:
Caso a dose prescrita não tenha correspondência EXATA com a medicação fornecida pela farmácia, a enfermagem deverá retornar a prescrição para o médico fazer os ajustes necessários.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Maria Clara Padovani Lúcia F. R. Moreira	Enfermeira Farmacêutica Professora		Julho/ 2008
Avaliado por	Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa Glauciane Fonseca	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2008 Setembro/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo de medicamento para ser administrado por via oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.1	VDTE 016090		2 de 3

Bibliografia Consultada:

BORK, A M T. **Enfermagem Baseada em Evidências.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

DU GAS, B W. **Enfermagem Prática.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

POTTER, P A e PERRY, A G. **Fundamentos de Enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

TIMBY, B K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.** 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição para o paciente que deve estar completa e compreensível;
2. higienizar as mãos conforme NTCCIH 002;
3. separar e acomodar o material na bandeja de inox obedecendo à regra dos cinco certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento, se vencido substituir o mesmo e devolvê-lo à farmácia;
5. identificar a apresentação do medicamento
   - 5.1 comprimidos sulcados – podem ser partidos e/ou triturados e diluídos; comprimidos NÃO sulcados – podem ser triturados e diluídos, mas NÃO podem ser partidos;
   - 5.2 comprimidos revestidos – jamais são cortados, triturados ou mastigados;
   - 5.3 soluções - gotas – podem ser diretas ou diluídas;
   - 5.4 xaropes e emulsões não devem ser diluídos;
   - 5.5 cápsulas gelatinosas, drágeas e pílulas – NÃO podem ser partidas;
   - 5.6 pastilhas – deverão ser chupadas, não devem ser mastigadas ou deglutidas inteiras;
   - 5.7 pó e comprimidos efervescentes devem ser diluídos ao lado da cama do paciente, usar a espátula;
6. atentar para com qual líquido prescrito ou recomendado para administrar ou diluir o medicamento;
7. atentar para qualquer complemento da prescrição (ou critério específico), ex.; ““se TAX > ou “se PAS menor não administrar”, “pedir avaliação do plantão””;
8. separar a dose exata prescrita pelo médico, ler duas vezes;
9. os medicamentos sólidos não devem ser manuseados indiscriminadamente com os dedos:
   - 9.1 comprimidos, cápsulas, drágeas, pílulas e pastilhas de dose unitária, devem permanecer na embalagem original e este ser colocado no copo descartável de 50ml;
   - 9.2 os comprimidos, cápsulas, drágeas, pílulas e pastilhas acondicionadas em frasco de estoque, devem ser colocados na quantidade desejada na tampa do frasco e desta transferidos para o copinho de 50ml;
   - 9.3 todos os medicamentos sólidos que serão administrados ao paciente no mesmo horário, podem ser colocados no mesmo copo, exceto os que necessitem de avaliação antes da administração e os que precisarem ser triturados e/ou diluídos. Se for necessário ser

Título: Preparo de medicamento para ser administrado por via oral

aspirado em uma seringa, observar para que não fique resíduo no fundo do copo;

10. verificar se os medicamentos líquidos ou em soluções necessitam ser agitados antes
    - 10.1 abrir frascos de doses múltiplas, remover a tampa e colocá-la com a parte de cima para baixo;
    - 10.2 segurar o frasco de múltiplas doses com o rótulo voltado para a palma da mão e o copo de medicamento na altura dos olhos enquanto estiver medindo o volume;
    - 10.3 ao despejar as soluções, a dose é medida a partir do fundo da crescente côncava ou base do menisco do líquido (não nas extremidades);
    - 10.4 descartar na pia qualquer excesso de solução que tenha sido removido dos frascos e que, por algum motivo, não tenha sido utilizado (não retornar para o frasco);
    - 10.5 não devem ser transferidas soluções de um frasco para outro;
    - 10.6 limpar a boca e o gargalo do frasco com papel tolha antes de fechá-lo;
    - 10.7 escrever a data de abertura em esparadrapo e colar ao lado do rótulo original do frasco;
    - 10.8 ler novamente o rótulo antes de guardar o frasco;
11. acomodar o(s) copo(s) com o(s) medicamento(s) na bandeja junto com a prescrição e conferir novamente;
12. deixar o local limpo e organizado;
13. administrar conforme ITT de Administração de medicamento específica.

FIM

Título: Administração de medicamentos via oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.2	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnostico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Prescrição do paciente;
01 bandeja com medicamento prescrito e preparado conforme ITT de preparo de medicamento para ser administrado oral;
01 copo descartável com água;
01 luva de procedimento (opcional).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Administração de medicamento por via oral de forma segura.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente recuse a tomar a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro. Ele deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição médica, anotar no prontuário e comunicar ao médico.
Caso o medicamento caia no chão, desprezá-lo no lixo, solicitar reposição do mesmo à Farmácia e repetir o procedimento.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Sabrina Mendes Ferraz Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R. Moreira Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Glauciane Fonseca Procópio	Professora Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Janeiro/2007 Maio//2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Setembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussu	Enfermeira CCIH		Dezembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Administração de medicamentos via oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.2	VDTE 016090		2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
SMITH-T, J; JOHNSON, J.Y. **Guia de Procedimentos de Enfermagem** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. www. ede.gov.br
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno. B**elo Horizonte, 2007
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. Cadernos de Enfermagem: **Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.
VEIGA, D. A& CROSSETTI, M.G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem** 7. ed. Porto Alegre: Sagra - DC Luzzeto, 1996: p 63- 140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica do paciente;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar o material, conforme ITT de preparo de medicamento por via oral. Não administrar medicamento preparado por outra pessoa, exceto quando preparado no setor de Farmacotécnica;
4. levar até a Unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
5. confirmar a identidade do paciente através da pulseira de identificação. Caso o paciente não esteja no leito, recolher o medicamento e guardar no escaninho no posto de enfermagem;
6. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante e orientá-los quanto a administração, ação e possíveis reações, se usado pela primeira vez;
7. ajudar o paciente a colocar-se na posição semi-fowler ou sentada, se não houver contra-indicação;
8. administrar conforme a apresentação
   8.1 medicamentos sólidos em dose unitária – abrir o envoltório e colocar o medicamento na palma de uma das mãos do paciente e dar o copo de água. Caso o paciente não consiga colocar o medicamento na boca auxiliá-lo no que se fizer necessário; se tiver vários medicamentos sólidos para o mesmo horário, deverá ser administrado um de cada vez. Em neonatologia e pediatria é necessário triturar o medicamento com ABD e administrar através de seringa;
   8.2 medicamentos em pó: homogeneizar a solução, com espátula, imediatamente e entregá-lo ao paciente;
   8.3 medicamentos efervescentes deverão ser colocados em contato com a água no momento da administração;
   8.4 medicamentos em pastilhas: orientar o paciente para mantê-los na cavidade oral sem mastigar ou deglutir;
9. nunca deixar o medicamento sobre a mesa de cabeceira;
10. se o paciente for incapaz, calçar as luvas, introduzir cuidadosamente cada fármaco acompa-

Título: Administração de medicamentos via oral

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.2	VDTE 016090		3 de 3

nhado por goles de água;

11. aguardar próximo ao leito até ter certeza de que o paciente ingeriu o medicamento. Em caso de pacientes confusos ou com histórico de recusa à ingestão de medicamentos, confirmar a deglutição do mesmo pedindo ao paciente que abra a boca e levante a língua;
12. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
13. desprezar o material usado no expurgo e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. checar, ticando e anotando o nome legível sobre o horário do medicamento no impresso de prescrição médica do paciente;
15. registrar no prontuário, a data, a hora, o medicamento, se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de medicamentos via sublingual

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.3	VDTE 016090		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Prescrição do paciente;
01 bandeja com o medicamento prescrito e preparado conforme ITTde preparo de medicamento via oral;
01 copinho descartável de 50 ml;
01 copo descartável de 50 ml com água filtrada, se necessário;
01 agulha 25 X 7, se necessário;
02 luvas de procedimento, se necessário.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Administração de medicamentos através da absorção pela membrana da mucosa oral.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse a tomar a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá avaliar e reorientar o paciente. Em caso de persistência da recusa, circular o horário na prescrição médica, anotar no prontuário e comunicar ao médico.
Caso o medicamento caia no chão, desprezá-lo no lixo, solicitar a reposição à Farmácia e repetir o procedimento.

Bibliografia consultada: vide página 2/2.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Sabrina Mendes Ferraz Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R. Moreira Rosana Lima de Souza Glauciane Fonseca Procópio Fonseca	Professora Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Janeiro/2007 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Fevereiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Administração de medicamentos via sublingual

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: TER 02.3	Código: DIR VDTE 016090	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 2

Bibliografia consultada:

CASSIANI. S. H. B, et al. **Administração de Procedimentos.** CD – Rom. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2006

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. L**ei n. 7.498, d**e 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

KOCH, R. M. Técnicas básicas de enfermagem – 18. ed. Curitiba: Florence , 2001

SMITH-T, J.; JOHNSON, J.Y. **Guia de Procedimentos de Enfermagem**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar o material, conforme ITT preparo de medicamento oral. Não administrar medicamento preparado por outra pessoa, exceto se for pela farmacotécnica;
4. levar a bandeja com o material até a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira do mesmo;
5. confirmar a identidade do paciente através da pulseira de identificação. Caso o paciente não esteja no leito, recolher o medicamento e guardar no posto de enfermagem;
6. apresentar-se e orientar o paciente quanto à administração, explicando a ação e possíveis reações do medicamento, se usado pela primeira vez;
7. oferecer água ao paciente para umedecer a mucosa oral, se esta estiver muito ressecada;
8. orientar o paciente a colocar o comprimido debaixo da língua ou calçar as luvas e colocá-lo, se o paciente tiver alguma limitação;
9. orientar o paciente a não deglutir imediatamente, aguardando aproximadamente 3 minutos;
10. aguardar próximo ao leito, até ter certeza de que o paciente não engoliu o medicamento. Caso o paciente degluta o medicamento, não repetir a dosagem e comunicar ao enfermeiro;
11. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
12. desprezar o material usado no expurgo, atentando para o descarte da agulha na caixa de pérfuro cortante;
13. retirar as luvas e higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
14. checar o medicamento ticando e colocando o nome completo sobre o horário do mesmo no impresso de prescrição do paciente;
15. registrar no prontuário a data, a hora e o medicamento se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo e administração de medicamento através de sondas

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.4	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Prescrição do paciente;
Medicamento prescrito;
01 bandeja inox limpa e desinfetada;
01 copinho descartável de 50 ml;
01 copo descartável de 50 ml com água filtrada;
01 toalha de papel;
01 instrumento para cortar ou triturar comprimidos;
01 seringa de 20 ml;
01 conta gotas (opcional);
02 luvas de procedimento;
01 almotolia de álcool a 70%;
02 bolas de algodão.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Medicamento preparado de forma segura, exata e fidedigna para ser administrado por sondas.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Maio/ 2006
Avaliado por	Mônica Ribeiro Canhestro Henrique O. G. Torres Clara Marize Carlos Adriana Silva Vanessa Rodrigues Cláudia Melo Franco Antonieta Lourdes de Souza	Professora Médico CSN Enfermeira CSN Farmacêutica CSN Nutricionista CSN Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Maio 2008 Junho/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Outubro/2006 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo e administração de medicamento através de sondas

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.4	VDTE 016090		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Caso a dose prescrita não tenha correspondência EXATA com a medicação fornecida pela farmácia, a enfermagem deverá retornar a prescrição para o médico fazer os ajustes necessários. Caso o medicamento contamine ou não seja administrado devido a outros motivos, comunicar ao enfermeiro. Mantendo o impedimento, retornar com a medicação ao Posto de Enfermagem, circular o horário na prescrição médica, anotar no prontuário e comunicar ao médico assistente.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008
CDC. Guideline CVC. **CDC Guideline UTI. C**DC Guideline PNEU.
FREITAS, A.M. de & SILVA, **T.C. da. Enfermagem** In: CARVALHO, E.B. Manual de suporte nutricional. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1992: 271-279 p.
KOCH, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem** - 14. ed. Curitiba: Florence , 1996.
PEREIRA, I.B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem.** 8 de Agosto em Revista, nº. 19, p.18-20. Abril. 1998.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. **Manual de Terapia Nutricional da Comissão de Suporte Nutricional** - CSN 2008 (no Prello)
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição para o paciente, que deve estar completa e compreensível;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar o material, obedecendo à regra dos cinco certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento, se vencido substituir o mesmo e devolvê-lo à farmácia;
5. atentar para com qual líquido prescrito ou recomendado para administrar ou diluir o medicamento;
6. atentar para qualquer complemento da prescrição (ou critério específico), ex.; se ““TAX > ou se PAS menor
   ou igual, “não administrar”, “pedir avaliação do plantão””;
7. identificar a apresentação do medicamento
   7.1 comprimidos sulcados – podem ser partidos e/ou triturados e diluídos;
   7.2 comprimidos não sulcados – podem ser triturados e diluídos, mas não podem ser partidos;

Título: Preparo e administração de medicamento através de sondas

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 02.4	VDTE 016090		3 de 3

7.3 comprimidos revestidos – jamais são cortados, triturados ou mastigados;
7.4 soluções
7.4.1 gotas – podem ser diretas ou diluídas;
7.4.2 xaropes e emulsões não devem ser diluídos;
7.5 cápsulas gelatinosas, drágeas e pílulas – não podem ser partidas;
7.6 pastilhas – deverão ser chupadas, não devem ser mastigadas ou deglutidas inteiras;
7.7 pó e comprimidos efervescentes devem ser diluídos ao lado da cama do paciente, usar a espátula;

8. preparar o medicamento conforme ITT de preparo de medicamento para ser administrado por via oral;
9. acomodar o material na bandeja, levar até a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira do mesmo;
10. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
11. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e orientar explicando a ação do medicamento, se usado pela primeira vez;
12. posicionar o paciente se possível, preferencialmente elevando a cabeceira do leito;
13. calçar as luvas e fazer desinfecção da conexão tampa-sonda com o algodão umedecido com álcool a 70%;
14. clampar a sonda, retirar a tampa e conectar a seringa vazia. Abrir o clamp;
15. certificar-se de que a sonda está posicionada corretamente, aspirando o conteúdo gástrico. Na presença de estase ou obstrução da sonda comunicar ao enfermeiro. Fechar o clamp e retirar a seringa;
16. aspirar o medicamento e conectar a seringa com a medicação à sonda (ou conectar outra seringa que já esta com o medicamento);
18. abrir o clamp e administrar o medicamento conforme diluição prescrita;
19. lavar a sonda com 20 ou 40 ml de água filtrada, fechando-a em seguida por no mínimo 30 minutos. Em caso de paciente pediátrico, e ou em caso de restrição hídrica, o volume a ser administrado deverá ser reduzido conforme prescrição médica;
20. deixar o paciente seguro e confortável com a cabeceira elevada por no mínimo 30 minutos e a unidade em ordem;
21. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. checar o medicamento na prescrição, ticando e anotando o nome legível sobre o horário;
23. registrar no prontuário a data, a hora, a medicação, a via, volume e aspecto, se presença de estase ou qualquer outra queixa;
24. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo e administração de medicamento via tópica: ocular

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.1	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnostico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada.
05 unidades de gaze estéril ou 01 pct de cotonete estéril
01 opérculo (curativo) e/ou 01 protetor ocular (concha), opcionais
01 ampola de 10 ml de SF 0,9%
01 agulha descartável 25x7cm
02 luvas de procedimento
medicamento prescrito
fita adesiva, esparadrapo ou micropore.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Administração do medicamento via ocular de forma segura.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem, comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Persistindo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar ao médico.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Magna Patrícia O. Agreste Rosana Lima de Souza Antonieta Lourdes de Souza Maria de Lourdes Ferreira Claudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2007 Maio/2008 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Setembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Langussi	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo e administração de medicamento via tópica: ocular

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.1	VDTE 016090		2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição para o paciente, que deve estar completa e compreensível;
2. realizar limpeza e desinfecção da bancada de preparo de medicamentos conforme ITT correspondente;
3. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
4. separar o material e o medicamento, obedecendo à regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
5. verificar a data de validade do medicamento, se vencido, substituir o mesmo e devolvê-lo à farmácia;
6. atentar para qualquer complemento da prescrição;
7. escrever a data de abertura e validade, após aberto, em esparadrapo e fixar ao lado do rótulo;
8. acomodar o material na bandeja, encaminhá-la à unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
9. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
10. apresentar-se ao paciente ou acompanhante;
11. orientar o paciente quanto à administração e explicar a ação e possíveis reações do medicamento, se usado pela primeira vez;
12. posicionar o paciente com a cabeça levemente inclinada para trás sentado ou deitado, se possível;
13. calçar as luvas de procedimento e furar a ampola de soro fisiológico;
14. apoiar uma gaze dobrada próxima à pálpebra inferior; um olho de cada vez;
15. lavar os olhos do paciente instilando S.F 0,9% no saco conjuntival a fim de remover a secreção e preparar o olho para receber o medicamento, usar o cotonete se persistir a secreção;
16. usar gazes para enxugar o olho partindo do canto interno ao externo, usar gazes distintas para cada olho;
17. atentar para: ao abrir embalagens de múltiplas doses, remover a tampa e colocá-la com a parte de cima para baixo;
18. com o auxílio de uma gaze e o polegar afastar a pálpebra inferior;
19. solicitar o paciente que olhe para cima;
20. identificar a apresentação do medicamento
    20.1 em caso de instilação de gotas

Título: Preparo e administração de medicamento via tópica: ocular

20.1.1 verificar a necessidade de agitar antes;

20.1.2 aplicar o medicamento na parte média do saco conjuntival, sem encostar a ponta do frasco no olho do paciente;

20.1.3 o colírio poderá ser utilizado por outros pacientes (exceto os internados), mas, em caso de contaminação do frasco, desprezar o mesmo;

20.2 em caso de pomadas

20.2.1 se a embalagem já estiver aberta, desprezar a primeira porção;

20.2.2 aplicar cerca de 2 cm de pomada a partir do canto externo do olho. A pomada deve ser de uso exclusivo do paciente;

20.2.3 solicitar o paciente que feche os olhos e faça movimentos giratórios do globo ocular. Caso o paciente esteja inconsciente, ou seja, neonatal/pediátrico, após a aplicação da pomada, faça uma leve fricção sobre o olho;

20.2.4 retirar o excesso de medicamento com o auxílio de uma gaze;

20.2.5 limpar a parte externa da rosca do tubo com uma gazinha antes de fechá-lo;

21. ocluir o olho com o opérculo e/ou com o protetor ocular, se indicado, fixando-os com a fita adesiva;
22. deixar o medicamento com o paciente ou devolvê-lo ao seu escaninho;
23. deixar o paciente seguro, confortável e unidade em ordem;
24. desprezar o material usado no expurgo, atentando para o descarte da agulha no vasilhame destinado a pérfuro cortante;
25. retirar a luva e higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
26. checar o medicamento ticando e anotando o nome legível sobre o horário do mesmo no impresso de prescrição do paciente;
27. registrar no prontuário a data, a hora e o medicamento, características da secreção, se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
28. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo e administração de medicamento por via tópica: nasal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.2	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
01 bandeja de inox limpa e desinfectada;
01 conta-gotas;
01 toalha de papel;
05 unidades de gaze estéril;
01 luva de procedimento;
01 ampola de 10 ml de SF 0,9%
medicamento prescrito.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Administração de medicamento na mucosa nasal de forma segura.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar ao médico assistente.
Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o que foi contaminado, higienizar as mãos, substituir o material e/ ou medicamento, reiniciar o preparo e comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Antonieta Lourdes de Souza Rosana Lima de Souza Claudia Melo Franco Glauciane Fonseca Procópio	Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo e administração de medicamento por via tópica: nasal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.2	VDTE 016090		2 de 3

Bibliografia consultada:
BENET, L; KROETZ, D& SHEINER, L.. Farmacocinética. In: GILMAN, A.G. **As bases farmacológicas da Terapêutica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996: 3-20 p.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente, que deve estar completa e compreensível;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar o medicamento, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento, se vencido, substituir o mesmo e devolvê-lo a farmácia;
5. atentar para qualquer complemento da prescrição;
6. escrever a data de abertura em esparadrapo e fixar ao lado do rótulo;
7. acomodar o material na bandeja, encaminhá-lo à unidade do paciente e colocar sobre a mesa do paciente;
8. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
9. orientar o paciente quanto a administração e explicar a ação do medicamento e possíveis reações, se usado pela primeira vez;
10. posicionar o paciente assentado ou em decúbito dorsal, com a cabeça inclinada para trás;
11. calçar a luva de procedimento na mão dominante;
12. fazer a limpeza das narinas com gaze umedecida com SF a 0,9%, se necessário;
13. verificar a necessidade de agitar o frasco antes e atentar para ao abrir embalagens de múltiplas doses, remover a tampa e colocá-la com a parte de cima para baixo;
14. instilar a medicação na cavidade nasal evitando tocar a mucosa com o conta-gotas, em caso de contaminação do conta-gotas desprezá-lo;
15. solicitar ao paciente que permaneça nessa posição durante 2 a 3 min ou posicioná-lo em caso de crianças;
16. secar as narinas com o papel toalha ou orientar o paciente a executar essa tarefa;
17. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
18. deixar o medicamento com o paciente ou devolvê-lo ao seu escaninho;
19. desprezar o material usado no expurgo e retirar a luva;
20. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;

Título: Preparo e administração de medicamento por via tópica: nasal

21. checar o medicamento ticando e anotando o nome sobre o horário do mesmo no impresso de prescrição do paciente;
22. registrar no prontuário a data, a hora e o medicamento, se houve algum empecilho, queixa do paciente ou característica da secreção;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo e administração de medicamento via tópica: auricular

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.3	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 conta-gotas;
03 bolas de algodão;
01 luva de procedimento;
medicamento prescrito.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Administração de medicamento por via auricular de forma segura.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse a receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar ao médico assistente.
Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o que foi contaminado, higienizar as mãos, substituir o material e/ ou medicamento, reiniciar o preparo e comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Antonieta Lourdes de Souza Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa	Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Maio/2008 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo e administração de medicamento via tópica: auricular

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.3	VDTE 016090		2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente que deve estar completa e compreensível;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar o medicamento, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento, se vencido, substituir o mesmo e devolvê-lo à farmácia;
5. atentar para qualquer complemento da prescrição;
6. escrever a data de abertura em esparadrapo e fixar ao lado do rótulo;
7. acomodar o material na bandeja, encaminhá-lo à unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
8. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
9. orientar o paciente quanto administração e explicar a ação do medicamento e possíveis reações se usado pela primeira vez;
10. posicionar o paciente com a cabeça inclinada lateralmente, sentado ou deitado;
11. calçar a luva de procedimento na mão não dominante e com ela puxar com delicadeza o pavilhão auditivo para cima e para trás, se for adulto, ou para baixo e para trás se for criança;
12. instilar o medicamento na dose prescrita, evitando que o conta gotas ou frasco toque a parede do conduto auditivo externo;
13. orientar o paciente para permanecer com o ouvido afetado mais alto por alguns minutos ou posicioná-lo se criança;
14. tampar o meato externo com o algodão, se indicado. Não ocluir se a finalidade da terapêutica for drenagem de secreção;
15. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
16. deixar o medicamento com o paciente ou devolvê-lo ao seu escaninho;
17. desprezar material usado no expurgo;
18. retirar a luva e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;

Título: Preparo e administração de medicamento via tópica: auricular

19. checar o medicamento, ticando e anotando o nome sobre o horário, no impresso de prescrição do paciente;
20. registrar no prontuário a data, a hora, queixa de dor ou características da secreção e se houve algum empecilho à realização do procedimento;
21. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo e administração de medicamento por via tópica: cutânea

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.4	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Prescrição médica
medicamento prescrito
01 bandeja de inox limpa e desinfetada
01 frasco de soro fisiológico 0,9% (10 - 100 ml)
01 agulha 25X7 estéril
05 unidades de gaze estéril
01 espátula
01 pano limpo
02 luvas de procedimento
02 biombos

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Medicamento administrado por via tópica cutânea de forma segura.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse a receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição médica, anotar no prontuário e comunicar ao médico assistente.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Antonieta Lourdes de Souza Rosana Lima de Souza	Professora Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Setembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo e administração de medicamento por via tópica: cutânea

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.4	VDTE 016090		2 de 3

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
REICHMANN, E. **Administração de medicamentos.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso. 2002.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição para o paciente, que deve estar completa e compreensível;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar o medicamento, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento, se vencido substituir o mesmo e devolvê-lo à farmácia;
5. atentar para qualquer complemento da prescrição;
6. escrever a data de abertura em esparadrapo e fixar ao lado do rótulo;
7. acomodar o material na bandeja, levar até a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
8. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
9. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante;
10. orientar paciente e acompanhante quanto à administração do medicamento, a ação e possíveis reações se usado pela primeira vez;
11. garantir a privacidade do paciente e calçar as luvas de procedimento;
12. posicionar o paciente de modo a expor a área de aplicação;
13. dobrar o pano, colocar sob a área de aplicação e limpar a área com soro fisiológico 0,9% sob pressão;
14. enxugar a pele peri-lesão com a gaze;
16. se embalagem de pomada ou creme já estiver aberta, desprezar a primeira porção do medicamento;
17. aplicar o medicamento na área lesada, espalhando com uma espátula;
18. se o medicamento for adesivo, fixá-lo em áreas não expostas e sem pêlos;
19. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
20. deixar o medicamento com o paciente ou devolvê-lo ao seu escaninho;

Título: Preparo e administração de medicamento por via tópica: cutânea

21. desprezar o material usado no expurgo;
22. retirar a luva e higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
23. checar o medicamento, ticando e anotando o nome legível sobre o horário, no impresso de prescrição do paciente;
24. registrar no prontuário a data, a hora, a medicação, a via, as características da área e se houve qualquer empecilho ou queixa do paciente;
25. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo e administração de medicamentos por via tópica: vaginal

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.5	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Prescrição do paciente;
02 luvas de procedimento;
medicamento prescrito com aplicador (que deve permanecer com a paciente);
05 unidades de gazinhas;
01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 absorvente higiênico;
01 pacote de higiene intima;
01 comadre (opcional);
01 sabonete ou 15 ml de sabão líquido;
02 biombos.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse a receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar verbalmente ao médico assistente.
Em caso de contaminação do medicamento, desprezá-lo no lixo, solicitar reposição à Farmácia, repetir o procedimento e comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Sabrina Mendes Ferraz Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R.Moreira Rosana Lima de Souza	Professora Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Agosto/2006 Janeiro/2007 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Setembro/2006 Agosto/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Gláucia Helena Martinho	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo e administração de medicamentos por via tópica: vaginal

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.5	VDTE 016090		2 de 3

Resultado esperado:
Administração do medicamento por via vaginal de forma segura.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente, que deve estar completa e compreensível;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar o material;
4. verificar a data de validade do medicamento, se vencido substituir o mesmo e devolvê-lo à farmácia;
5. preparar o medicamento obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa. Acomodar o material na bandeja de inox;
6. atentar para qualquer complemento da prescrição;
7. escrever a data de abertura em esparadrapo e fixar ao lado do rótulo;
8. levar até a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
9. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
10. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante e orientá-los quanto à administração, ação e possíveis reações, se usado pela primeira vez; caso a paciente possua capacidade de autocuidar-se, ofereça o material e oriente- a;
11. garantir a privacidade do paciente;
12. calçar luvas de procedimento;
13. fazer a higiene íntima no leito, conforme ITT correspondente;
14. colocar a paciente em posição ginecológica;
15. colocar o medicamento no aplicador;
16. expor o intróito vaginal;
17. introduzir o aplicador cerca de 5 centímetros na vagina, em caso de resistência no momento de introdução do aplicador, pare o procedimento e solicite a avaliação do enfermeiro ou médico responsável;
18. pressionar o êmbolo introduzindo o medicamento;
19. fornecer ou colocar um absorvente higiênico para a paciente se necessário;
20. orientar a paciente a permanecer deitada por aproximadamente 15 minutos;
21. descartar o aplicador, guardar o medicamento na embalagem original e deixar com a paciente;

Título: Preparo e administração de medicamentos por via tópica: vaginal

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.5	VDTE 016090		3 de 3

22. deixar a paciente segura, confortável e a unidade em ordem;
23. desprezar o material usado no expurgo. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
24. checar o medicamento, ticando e anotando o nome e o horário, no impresso de prescrição do paciente;
25. registrar no prontuário a data, a hora, a medicação, a via, se houve algum empecilho ou queixa da paciente;
26. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo e administração de medicamentos por via retal por supositório

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.6	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Prescrição do paciente
medicamento prescrito
01 bandeja de inox limpa e desinfetada
02 biombos
02 luvas de procedimento
01 pacote de gazinha com 5 unidades

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3

Resultado esperado:
Assistência medicamentosa ao paciente de forma contínua, segura e ágil e absorção por meio da membrana mucosa do reto.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem, circulando na prescrição médica, anotando no prontuário e comunicar ao enfermeiro.
Caso haja acidente com perda do supositório, desprezá-lo e solicitar à Farmácia a sua reposição.
Caso o supositório seja expelido imediatamente após a introdução, introduzi-lo novamente.
Caso o medicamento esteja com data de validade vencida, solicitar troca à farmácia, devolvendo o exemplar vencido.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Sabrina Mendes Ferraz Elisabete Silva Peixoto Érika Fernanda Ferreira Silva Mônica Ribeiro Canhestro Tânia Cotta Glauciane Fonseca Procópio Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2007 Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo e administração de medicamentos por via retal por supositório

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.6	VDTE 016090		2 de 3

Bibliografia consultada:

BENET, L; KROETZ, D& SHEINER, L. **Farmacocinética.** In: GILMAN, A.G. As bases farmacológicas da terapêutica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996. p. 3-20.

CDC. Guideline CVC. **CDC Guideline PNEU**.CDC Guideline UTI.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.

PEREIRA, I.B. **Cara nova para as rotinas de enfermagem** 8 de Agosto em Revista, nº. 19, p.18-20. Abril. 1998.

SMITH-TEMPLE, J.; JHONSON, J.Y. **Guia de Procedimentos de Enfermagem**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SWEARINGEN, P.L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem.** 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas SVL, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

VEIGA, D. A& CROSSETTI, M.G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem 7.** ed. Porto Alegre: Sagra - DC Luzzeto, 1996. p. 63- 140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar o medicamento, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento e colocá-lo na bandeja junto aos outros materiais;
5. colocar a bandeja na mesa de cabeceira;
6. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
7. orientar o paciente e ou acompanhante explicando a ação do medicamento, se usado pela primeira vez;
8. colocar o supositório sobre uma gaze, na bandeja;
9. proteger o paciente com o uso de biombos, caso esteja em unidade de internação coletiva;
10. colocar o paciente em posição de SIMS, prona ou decúbito lateral
    - 10.1 calçar as luvas, segurar o supositório com a mão dominante e expor a região anal com a mão livre;
    - 10.2 solicitar ao paciente que inspire profundamente e introduzir delicadamente o supositório no reto, cerca de 6cm, até sentir fechamento do anel anal e pedir ao paciente que o retenha. Ajudar o paciente, pressionando levemente o local com uma gazinha por alguns segundos;
    - 10.3 em paciente neonatal/pediátrico verificar se há necessidade de cortar o supositório. Se houver, cortar em sentido longitudinal e introduzir cerca de 3 cm. Manter as nádegas da criança aproximadas até ela relaxar ou desaparecer a urgência de fazer força;
    - 10.4 caso paciente esteja consciente e sem limitação que o impeça de realizar o procedimento, orientá-lo a calçar as luvas e colocar o supositório, orientar o paciente a permanecer

Título: Preparo e administração de medicamentos por via retal por supositório

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.6	VDTE 016090		3 de 3

naquela posição por aproximadamente 15 minutos;

11. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
12. levar material utilizado para o expurgo;
13. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
14. checar o medicamento ticando e colocando o nome completo sobre o horário do mesmo no impresso de prescrição do paciente;
15. registrar no prontuário a data, a hora, o medicamento e se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
16. assinar e carimbar.

FIM

Título: Preparo e administração de medicamentos por via retal na forma de soluções

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.7	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Medicamento prescrito
01 bandeja de inox limpa e desinfetada
02 luvas de procedimento
05 unidades de gaze estéril
01 sonda retal
05 g de lubrificantes (xilocaína gel ou óleo mineral)
02 folhas de papel toalha
01 equipo simples (opcional)
01 comadre
01 impermeável
01 lençol móvel
01 suporte para soro (opcional)
02 biombos

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Assistência medicamentosa de solução via retal de forma segura.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: continua página 2/3

BENET, L; KROETZ, D&SHEINER, L. **Farmacocinética.** In: GILMAN, A.G. As bases farmacológicas da Terapêutica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996: 3-20 p.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara dos Santos Rosaura das Graças Santos	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Sabrina Mendes Ferraz Elisabete Silva Peixoto Lucia F.R. Moreira	Professora Enfermeira Enfermeira Professora		Agosto/2006 Janeiro/2007 Agosto/2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo e administração de medicamentos por via retal na forma de soluções

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 03.7	VDTE 016090		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse receber a medicação, chamar o enfermeiro, que conversará com o paciente. Caso persista a recusa, desprezar a solução preparada no vaso sanitário do expurgo, desprezar o vasilhame já vazio no lixo do expurgo, circular o horário em que seria feito no impresso da prescrição médica e anotar no impresso de observação de enfermagem.
Caso o paciente não consiga reter a solução, comunicar ao médico e anotar no prontuário.

Bibliografia consultada:
CDC .**Guideline CVC; CDC Guideline UTI; CDC Guideline PNEU**
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
KOCH, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem** – 14. ed. Curitiba: Florence , 1996
PEREIRA, I.B. C**ara nova para as rotinas de enfermagem** 8 de Agosto em Revista, nº. 19, p.18-20. Abril. 1998.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
VEIGA, D. A& CROSSETTI, M.G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem** 7. ed. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzeto, 1996: p 63- 140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar o medicamento, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento;
5. colocar a bandeja com o material na mesa de cabeceira;
6. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
7. orientar o paciente explicando a ação do medicamento, se usado pela primeira vez;
8. proteger o paciente com o uso de biombos;
9. forrar o leito com o impermeável e o lençol móvel;
10. colocar o frasco no suporte de soro, aproximadamente a 40 centímetros acima do nível da cama;
11. colocar o paciente em posição de SIMS, prona ou decúbito lateral;
12. calçar as luvas de procedimento e expor a região anal;
13. retirar o ar, pinçar a conexão e lubrificar a sonda;
14. solicitar ao paciente que inspire profundamente e introduzir delicadamente a sonda retal, cerca de 6 a 10 centímetros no adulto. Em caso de resistência no momento de introdução da sonda, pare o procedimento e solicite a avaliação do enfermeiro ou médico responsável;

Título: Preparo e administração de medicamentos por via retal na forma de soluções

15. abrir a pinça e deixar a solução fluir lentamente, solicitando ao paciente que continue inspirando profundamente;
16. fechar a pinça ao término da administração, retirar a sonda, envolvendo-a em papel toalha;
17. pedir ao paciente que retenha a solução o máximo possível;
18. oferecer-lhe a comadre ou encaminhá-lo ao vaso sanitário;
19. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
20. retirar as luvas e higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
21. ticar e rubricar o medicamento no impresso de prescrição do paciente;
22. registrar o efeito e a reação do paciente no impresso de observações de enfermagem;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Punção venosa periférica com cateter agulhado (*scalp, butterfly*)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 04.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
No inicio da terapia intravenosa ou para manutenção da mesma com previsão de duração inferior a 24 horas, de acordo com a prescrição. Para coleta de sangue ou para administração de hemocomponentes.

Onde: Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Prescrição do paciente
01 bandeja de inox limpa e desinfetada
03 bolas de algodão
01 almotolia de Álcool a 70%
esparadrapo ou micropore
medicamento prescrito
01 garrote
02 luvas de procedimento
01 cateter agulhado

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3.

Em caso de não conformidade:
Comunicar ao enfermeiro que deverá avaliar e reorientar o paciente; na persistência, comunicar ao médico.
Em caso de não cateterização, tentar nova punção em outro sítio, não havendo êxito, comunicar ao enfermeiro para avaliação da rede e, se necessário, pedir avaliação médica.
Na presença de complicações locais (flebites, infiltração), realizar a troca do sítio de inserção, registrar no prontuário e comunicar ao enfermeiro que avaliará o local.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida de Lima Anna Alessandra Mattos de Meira Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza Rosana Lima de Souza Glauciane Fonseca Procópio	Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Maio / 2008 Junho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE/Adjunta VDTE/Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana Cangussi	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Punção venosa periférica com cateter agulhado (*scalp, butterfly*)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 04.1	VDTE 016009		2 de 3

Resultado esperado:
Obter um acesso venoso seguro e pérvio para infusão de medicamentos, soluções, sangue e derivados. Manter acesso vascular asséptico, preso, firme e pérvio.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Florence, 2004, 144p
PHILLIPS, L. D. Manual de terapia intravenosa. Porto Alegre, 2 ed., Artmed editora, 2001.
PUCMinas/Educação continuada. Procedimentos Operacionais Padrão. BH. Agosto 2005
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
4. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
5. orientar o paciente explicando a necessidade da terapia intravenosa, a ação e possíveis reações adversas;
6. avaliar a rede venosa periférica do paciente e escolher o local a ser puncionado, considerando: condições da rede venosa, velocidade e tempo de infusão e tipo de medicamento;
7. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
8. separar o material e preparar medicamentos e/ou soroterapia de acordo com a ITT correspondente;
9. levar a bandeja com os materiais para a unidade do paciente e colocá-la sobre a mesa de cabeceira do mesmo;
10. calçar as luvas de procedimento e posicionar o paciente de forma segura e confortável;
11. garrotear o membro, aproximadamente quatro dedos acima do local escolhido para adultos e dois dedos para neonatal. Não reaplicar o garrote na extremidade onde há pouco foi realizado uma tentativa de punção venosa, porque um hematoma pode ser formado;
12. fazer anti-sepsia do local com algodão umedecido com álcool a 70%, em sentido único, pelo menos 2 vezes, ou mais se houver sujidade. Aguardar pelo menos 30 segundos para o álcool secar por evaporação;
13. atentar para não tocar o local no qual será feita a punção;
14. esticar e aplicar tração leve sobre a veia com o polegar da mão não-dominante sem tocar no local da punção;

Título: Punção venosa periférica com cateter agulhado (*scalp, butterfly*)

15. introduzir o cateter com o bisel da agulha voltado para cima, em ângulo de aproximadamente 30º dependendo da localização da veia;
16. ao perceber presença de sangue no lúmen do cateter, retirar o garrote e injetar a solução lentamente;
    16.1 em caso de paciente neonatal ou pediátrico, lavar primeiramente o acesso com 1 ml de solução fisiológica a 0,9% (para certificar o sucesso da punção) e depois conectar e iniciar a solução prescrita lentamente;
    16.2 em caso de infiltração, queixa de dor ou fluxo interrompido, retirar o cateter e repetir o procedimento utilizando outro sítio de inserção e outro cateter, atentando que, múltiplas tentativas sem sucesso causam trauma ao paciente e limitam o acesso vascular;
    16.3 se o vaso for transfixado e um hematoma se desenvolver, remova imediatamente o cateter e aplique pressão direta sobre o local por três minutos;
    16.4 em caso de não cateterização, comunicar ao enfermeiro para avaliação da rede e se necessário avaliação médica;
17. em caso de dose única introduzir o medicamento e retirar o cateter, conforme ITT de retirada de acesso venoso;
18. em caso de terapia venosa contínua ou intermitente, fixar o cateter com esparadrapo ou micropore e administrar o medicamento
    18.1 para terapia venosa intermitente, manter o acesso conforme a prescrição e ver ITT correspondente salinizar ou heparinzar;
    18.2 para terapia venosa contínua, adaptar linha de infusão e controlar a velocidade de infusão;
    18.3 para ambas, identificar com data, calibre, assinatura e ver a ITT de cuidados com dispositivos intravasculares;
19. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
20. desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte de material pérfuro cortante no recipiente próprio;
21. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar no prontuário a data, hora, o local da punção, o tipo e calibre do cateter, a solução iniciada e o fluxo e se houve dificuldade para puncionar;
23. assinar e carimbar.

FIM

Título: Punção venosa periférica com cateter sobre agulha (jelco)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 04.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
No início da terapia intravenosa com previsão de duração acima de 24 horas ou para manutenção da mesma de acordo com a prescrição, ou ainda a cada 96 horas.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Prescrição do paciente;
01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
03 bolas de algodão;
01 almotolia de Álcool a 70%;
01 garrote;
02 luvas de procedimento;
soroterapia ou medicação prescrita;
01 cateter sobre agulha;
esparadrapo ou micropore;
01 extensor.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Obter um acesso venoso seguro e pérvio para infusão de medicamentos, soluções, sangue e derivados. Manter acesso vascular asséptico, preso, firme e pérvio.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:
Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida de Lima Anna Alessandra Mattos de Meira Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa	Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Maio/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro Enfermeiro da CCIH		Setembro/2008 Setembro/2010
Revisado por	Silma Mª. C. P. Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfa. Profa. Dra.EEUFMG Enfa. Profa. Dra.EEUFMG Enfa. Comissão de ITT		Agosto de 2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Punção venosa periférica com cateter sobre agulha (jelco)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 04.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	2 de 3

Em caso de não conformidade:
Em caso de recusa do paciente, comunicar ao enfermeiro que deverá avaliar e reorientar o paciente; na persistência, comunicar ao médico. Em caso de não cateterização, tentar nova punção em outro sítio, não havendo êxito, comunicar ao enfermeiro para avaliação da rede e se necessário avaliação médica. Na presença de complicações locais (flebites, infiltração), realizar a troca do sítio de inserção, registrar no prontuário e comunicar ao enfermeiro que avaliará o local.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, d**e 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem** – 20ª ed. Curitiba: Florence, 2004, 144p.
PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa.** Porto Alegre, 2 ed., Artmed editora, 2001.
PUCMinas/Educação continuada. **Procedimentos Operacionais Padrão**. BH. Agosto 2005
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. Regimento Interno. Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998**.**

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
4. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
5. orientar o paciente explicando a necessidade da terapia intravenosa, a ação dos medicamentos e possíveis reações;
6. avaliar a rede venosa periférica do paciente e escolher o local a ser puncionado, considerando: condições da rede venosa, velocidade, tempo de infusão e tipo de medicamento;
7. separar e preparar o material;
8. preparar medicamentos e/ou soroterapia de acordo com a ITT correspondente;
9. levar a bandeja com os materiais para a unidade do paciente e colocá-la sobre a mesa de cabeceira do paciente;
10. posicionar o paciente de forma segura e confortável;
11. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
12. calçar as luvas de procedimento;
13. garrotear o membro, aproximadamente quatro dedos acima do local escolhido no adulto e dois dedos em neonatal. Não reaplicar o garrote na extremidade onde há pouco foi realizada uma tentativa de punção venosa, pois, um hematoma pode ser formado;
14. fazer anti-sepsia do local com algodão umedecido com álcool á 70%, em sentido único, por fricção durante 30 segundos;

Título: Punção venosa periférica com cateter sobre agulha (jelco)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 04.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	3 de 3

15. aguardar o álcool secar por evaporação;
16. esticar e aplicar tração leve sobre a veia com o polegar da mão não-dominante;
17. introduzir o cateter com o bisel da agulha voltado para cima, em ângulo de aproximadamente 30º dependendo da localização da veia;
18. ao perceber presença de sangue no lúmen do cateter, soltar o garrote, retirar o guia, adaptar o extensor e injetar a solução lentamente. Em caso de infiltração, queixa de dor ou fluxo interrompido, retirar o cateter e repetir e procedimento utilizando outro sítio de inserção e outro material, lembrando que múltiplas tentativas sem sucesso causam trauma ao paciente e limitam o acesso vascular. Se o vaso for transfixado e um hematoma se desenvolver, remova imediatamente o cateter e aplique pressão direta sobre o local por três minutos;
19. fixar o cateter com o esparadrapo ou micropore identificando externamente com data, calibre do cateter e assinatura legível do responsável pela punção;
20. em caso de terapia venosa intermitente, salinizar ou heparinizar o cateter de acordo com a prescrição e ver ITT correspondente;
21. em caso de terapia venosa contínua adaptar linha de infusão, controlar a velocidade de infusão e fazer manutenção do acesso conforme ITT cuidados com dispositivos intravasculares;
22. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
23. desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte do material perfuro cortante no recipiente próprio;
24. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
25. registrar no prontuário a data, a hora, o local da punção, o tipo e calibre do cateter, a solução iniciada, o fluxo e se houve dificuldade para puncionar;
26. assinar e carimbar.

FIM

Título: Punção de cateter totalmente implantado

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 04.3	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Quando:
Mediante prescrição de medicação endovenosa; Para manutenção da permeabilidade do cateter.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Leito ou maca
01 pacote de compressa estéril
01 pacote de curativo
01 agulha 25x7
02 pares de luvas estéreis
02 seringas de 5 ml
05 unidades de gaze estéril
01 seringa de 10ml
01 ampola de água destilada
01 almotolia com Clorexidina alcoólica 0,5%
01 ampola de SF a 0,9% de 20 ml ou 2 de 10 ml
01 almotolia com Clorexidina degermante
01 agulha de Huber
01 fita adesiva hipoalérgica ou filme transparente
01 biombo
01 máscara cirúrgica descartável
01 par de luvas de procedimento

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Acesso seguro ao dispositivo de acesso venoso central para infusão de medicamentos, hemotransfusão ou nutrição parenteral total e coleta de sangue para exames laboratoriais.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:
Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ronan de Abreu Ramirez Cláudia Denísia de Brito	Enfermeiro Enfermeira		Março/2007
Avaliado por	Anna Alessandra M. de Meira Antonieta Lourdes Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2007 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Maio/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado Viviane Rosado	Enfermeira Enfermeira da CCIH		Dezembro/2008 Setembro/2010
Revisado por	Silma Mª Cunha P. Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Profª. Dra. EEUFMG Profª. Dra. EEUFMG Enfª. Comissão ITT		Agosto de 2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Punção de cateter totalmente implantado

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 04.3	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 3

Em caso de não conformidade:
Na presença de sinais flogísticos na região adjacente ao local de implantação do cateter, não puncioná-lo, solicitar avaliação médica.

Bibliografia consultada:
BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica.** 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
COFEN – **Resolução 210/1998.** Aprova as normas técnicas de biossegurança individual, coletiva e ambiental dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica.
COREN DF - **Parecer Técnico 001/1994.** Dispõe sobre o preparo e administração de drogas citostáticas.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar o material e aspirar com seringas de 10 e 5 ml, respectivamente 10 ml e 5 ml de solução fisiológica a 0,9%;
4. levar até a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
5. confirmar a identidade do paciente através da pulseira de identificação, se internado;
6. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e orientar quanto à punção;
7. localizar previamente o reservatório do cateter através da inspeção e palpação;
8. garantir a privacidade do paciente com o uso de biombos;
9. acomodar o paciente de forma segura, de preferência deitado;
10. colocar a máscara e expor o local do cateter;
11. abrir com técnica asséptica, o pacote de curativo e o de compressa e as luvas;
12. abrir também com técnica asséptica as agulhas, e as seringas e colocar sobre o campo do pacote de curativo;
13. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e calçar as luvas de procedimento para a degermação;
14. utilizar o pacote de curativo ou luvas estéreis;
15. fazer a degermação da pele sobre o reservatório do cateter com Clorexidina degermante, realizando movimentos circulares cada vez mais amplos até atingir uma circunferência de 8 a 10 cm de diâmetro;
16. repetir a degermação mais duas vezes;
17. retirar o excesso de solução com gaze umedecida em água destilada ou solução fisiológica 0,9%;

Título: Punção de cateter totalmente implantado

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 04.3	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 3

18. fazer antissepsia final com a Clorexidina alcoólica, aguardar 2 minutos para agir e retirar o excesso;
19. calçar as luvas estéreis e colocar a compressa estéril ao redor do reservatório do cateter;
20. localizar novamente o reservatório do cateter através da palpação e imobilizá-lo com os dedos indicador e polegar da mão não-dominante;
21. segurar a agulha de Huber com a mão dominante e introduzi-la no centro do reservatório em ângulo de 90º, até atingir a base rígida de metal;
22. conectar a seringa de 5 ml, abrir o clamp do extensor da agulha de Huber, aspirar 03 ml de sangue no adulto e 2 ml na criança. Fechar o clamp do extensor da agulha de Huber e retirar a seringa com o sangue aspirado
    - 22.1 na ausência de retorno venoso: retirar a agulha de Huber e puncionar o centro do reservatório novamente;
    - 22.2 tentar aspirar novamente. Caso persista a ausência de retorno venoso, injetar 02 ml de SF 0,9% com seringa de 10 ml, vagarosamente, sem exercer pressão excessiva, em seguida aspirar o sangue;
    - 22.3 em caso de obstrução do cateter, seguir a ITT de Desobstrução de Dispositivo Totalmente Implantado;

22. conectar a seringa de 10 ml preenchida com SF, 9%, abrir o clamp e lavar o lúmen do cateter, utilizando 10 ml de S. F 0,9% tanto no adulto como na criança;
23. retirar a seringa e adaptar o extensor com o dispositivo contendo a medicação prescrita;
24. desclampar a pinça do extensor da agulha de Huber e iniciar a infusão conforme prescrição;
25. fixar a agulha com o uso de gaze e fita hipoalergênica ou filme transparente;
26. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
27. retirar as luvas, a máscara e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
28. registrar no prontuário a data, a hora, como foi a punção e o que foi administrado ou iniciado;
29. assinar e carimbar.

Observação: em caso de paciente internado, trocar a agulha de Huber a cada 07 dias, ou antes, em caso de sinais de obstrução, extravasamento, sangramento e inflamação/infecção.

FIM

Título: Preparo de medicamento injetável com apresentação em ampola

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulatórios, Ambulância e Domicílio.

Condições necessárias:
Medicamento prescrito
prescrição médica
01 bandeja de inox limpa e desinfetada
02 bolas de algodão
01 almotolia de Álcool a 70%
01 agulha 25X8 ou 30X10
fita adesiva ou esparadrapo
01 seringa com capacidade para comportar a quantidade do medicamento prescrito

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Medicamento pronto para uso, ou seja, na seringa de forma segura.

Em caso de não conformidade:
Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o material, higienizar as mãos e reiniciar o preparo. Em caso de acidente perfuro cortante, lavar o local imediatamente com água corrente e comunicar ao Enfª para as devidas providências.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeiro Enfermeira		Março/2007
Avaliado por	Sabrina Mendes Ferraz Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R. Moreira Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2007 Maio/2008 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Setembro
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo de medicamento injetável com apresentação em ampola

Data da emissão: 04/2009	Número da IT: TER 05.1	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 3

Bibliografia Consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
PHILLIPS, Lynn Dianne. **Manual de Terapia Intravenosa.** 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. 558p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. separar o material e preparar o medicamento, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento, se vencido, substituir o mesmo. Checar a ampola e observar presença de rachaduras ou partículas, se encontrar alguma anormalidade substituí-la;
5. fazer o medicamento descer do gargalo para o corpo da ampola por meio de movimentos giratórios com a mesma;
6. fazer desinfecção do gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;
7. envolver a ampola em algodão seco;
8. abrir a embalagem da seringa e agulha;
9. adaptar a agulha ao bico da seringa;
10. certificar-se do funcionamento da seringa e se a agulha está firmemente adaptada;
11. quebrar o gargalo, usando o dedo polegar e indicador da mão dominante, colocar a parte superior da ampola em toalha de papel ou algodão;
12. manter a seringa com os dedos polegar, mínimo e anular da mão dominante e segurar a ampola entre os dedos médio e indicador da outra mão;
13. introduzir a agulha na ampola e proceder a aspiração do medicamento;
14. proteger a agulha com protetor próprio;
15. colocar a seringa, em posição vertical e aspirar o conteúdo contido na agulha;
16. empurrar o êmbolo com delicadeza, retirar o ar contido na seringa após fechar ou proteger a agulha. Não é necessário trocar a agulha se a administração do medicamento for realizada através do injetor lateral, conectores ou microgotas. Se for administração intramuscular ou endovenosa, com necessidade de punção venosa, realizar a troca da agulha;
17. proteger o êmbolo da seringa com o próprio invólucro da mesma;
18. identificar a seringa com o nome e o leito do paciente, o nome do fármaco e a proporção da diluição feita, com o esparadrapo ou fita adesiva e colocá-la na bandeja;

Título: Preparo de medicamento injetável com apresentação em ampola

19. desprezar ampolas e seringas agulhadas em um recipiente próprio para perfuro cortante;
20. deixar o setor limpo e organizado;
21. administrar conforme ITT correspondente.

FIM

Título: Preparo de medicamento injetável com apresentação em frasco-ampola

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Medicamento prescrito 01 bandeja de inox limpa e desinfetada
Prescrição médica
10 cm de fita adesiva ou esparadrapo
01 almotolia de Álcool a 70%
01 etiqueta para frascos de diluição
02 bolas de algodão
01 agulha 25 X 7 ou 25 X 8
01 seringa com capacidade para comportar a quantidade do medicamento prescrito
01 pinça ou dispositivo metálico limpo e desinfetado (para tirar a parte metálica da tampa do frasco)

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Medicamento identificado, diluído e aspirado em seringa de forma segura.

Em caso de não conformidade:
Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o material, higienizar as mãos e reiniciar o processo. Em caso de acidente pérfuro-cortante, lavar o local imediatamente com água corrente e comunicar ao Enfermeiro para as devidas providências.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeiro Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Sabrina Mendes Ferraz Antonieta Lourdes de Souza Lúcia F.R.Moreira Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira		Janeiro/2007 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo de medicamento injetável com apresentação em frasco-ampola

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.2	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:

CABRAL, I. E. l. **Administração de medicamentos/revisão técnicas** – Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso Editores, 2002. 456 p

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

KOCH, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem** -14. ed. Curitiba: Florence, 1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

VEIGA, D. A& CROSSETTI, M.G.O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem** 7. ed. Porto Alegre: Sagra - DCLuzzeto, 1996: p 63- 140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. limpar e desinfetar a bancada de preparo de medicamento conforme ITT correspondente;
3. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
4. separar o material e preparar o medicamento, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
5. verificar a data de validade do medicamento. Se vencido substituir o mesmo e encaminhá-lo à farmácia;
6. no caso de medicamentos acondicionados em frascos de múltiplas doses, já preparados, certificar-se do cumprimento das condições de diluição e armazenamento, prazo de validade após diluição e rotulagem completa e correta. Em caso de não conformidade, desprezá-lo e preparar outro;
7. retirar a tampa metálica do frasco com auxílio de uma pinça ou dispositivo metálico;
8. fazer desinfecção por fricção da tampa de borracha com algodão umedecido com álcool a 70 %;
9. abrir a embalagem da seringa e a agulha. Adaptar a agulha ao bico da seringa;
10. abrir a ampola caso o medicamento seja liofilizado;
11. aspirar o diluente da ampola conforme ITT de preparo de medicamento injetável com apresentação em ampola;
12. introduzir a agulha na tampa de borracha e injetar lentamente o diluente, dirigindo o jato para a parede do frasco;
13. retirar a seringa e a agulha do frasco protegendo a agulha com protetor próprio;
14. homogeneizar a solução com movimentos circulares;
15. colocar ar na seringa em volume igual ao medicamento a ser aspirado;
16. introduzir a agulha na tampa de borracha, erguer o frasco e injetar o ar;
17. aspirar o conteúdo do frasco na dose prescrita;
18. proteger a agulha com protetor próprio e aspirar o conteúdo da agulha;

Título: Preparo de medicamento injetável com apresentação em frasco-ampola

19. retirar o ar contido na seringa e trocar a agulha. Não é necessário trocar a agulha se a administração do medicamento for realizada através do injetor lateral, conectores ou microgotas; proteger o embolo da seringa com o próprio invólucro;
20. fazer o rótulo e identificar a seringa com o nome do paciente, o número do leito e nome do fármaco utilizando esparadrapo ou fita adesiva e coloca-la juntamente com o restante do material na bandeja;
21. se o frasco for de múltiplas doses, identificá-lo com data, horário, diluente usado, volume, validade e nome de quem diluiu antes de guardá-lo (ver etiqueta para frascos de múltiplas doses elaborada pela GESQUALIS);
22. desprezar frascos, ampolas e seringas agulhadas num recipiente próprio de pérfuro cortantes;
23. deixar o setor limpo e organizado;
24. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e administrar a medicação conforme ITT correspondente.

FIM

Título: Preparo de fluidos para infusão intravenosa (soro)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.3	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:
01 bandeja de inox limpa e desinfetada
01 frasco da solução prescrita
01 equipo de soro simples ou de bomba de infusão
02 bolas de algodão
01 almotolia de Álcool a 70%
01 seringa de 10 ou 20 ml
01 agulha 30 X 10 ou 40 X 12
01 impresso de identificação do soro
01 extensor ou conector
01 recipiente para sustentação do frasco de soro limpo e desinfetado;
soluções para associação (se prescritas)
03 cm esparadrapo ou fita adesiva

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Preparo da solução de forma asséptica, fidedigna, exata e segura.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida Lima Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R. Moreira Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa	Professora Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Novembro/2006 Maio/20008 Julho/2008 Julho/2008 Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Preparo de fluidos para infusão intravenosa (soro)

Em caso de não conformidade:
Em casos de contaminação desprezar todo o material, lavar as mãos e iniciar novo preparo. Em caso de acidente perfuro cortante, lavar o local imediatamente com água corrente e comunicar ao enfermeiro para as devidas providências.

Bibliografia consultada:

BENET, L; KROETZ, D& SHEINER, L. **Farmacocinética.** In: GILMAN, A.G. As bases farmacológicas da Terapêutica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996: 3-20 p.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCH, R. M. **Técnicas básicas de enfermagem** –l4. ed.Curitiba: Florense.1996.
PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa,** Porto Alegre, 2 ed., Artmed editora, 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.
VEIGA, D. A& CROSSETTI, M.G. O. **Manual de técnicas básicas de enfermagem** 7. ed. Porto Alegre: Sagra - DC Luzzeto, 1996: p 63- 140.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica para o paciente;
2. preencher o rótulo de identificação da solução de acordo com a prescrição (solução prescrita, gotejamento, data, horário de início, término e assinatura de quem preparou);
3. limpar e desinfetar a bancada de preparo de medicamento conforme ITT correspondente;
4. higienizar as mãos, conforme NTCCIH 002;
5. reunir todo o material e colocar sobre a bancada. Separar as soluções de acordo com a regra dos cinco certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
6. verificar a data de validade do(s) medicamento(s) e/ou da solução, se vencido substituir o mesmo e encaminha-lo à farmácia;
7. certificar se que o material /medicamento está separado de acordo com a prescrição;
8. retirar o invólucro de plástico externo das soluções parenterais de grande volume, se sistema fechado;
9. colocar o frasco da solução no recipiente de sustentação;
10. fazer desinfecção do bico do frasco com algodão umedecido com álcool a 70%;
11. fazer anti-sepsia do gargalo das ampolas com algodão umedecido com álcool a 70%;
12. montar a seringa e agulha, segundo técnica asséptica, e deixá-la protegida na embalagem;
13. abrir o frasco da solução ou retirar o lacre de sistema fechado;
14. aspirar as soluções contidas nas ampolas e/ou frascos de acordo com a prescrição;
15. introduzir as soluções dentro do frasco de soro;

Título: Preparo de fluidos para infusão intravenosa (soro)

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.3	VDTE 016009		3 de 3

16. retirar o equipo da embalagem, fechar a pinça e adaptar o extensor ao mesmo (opcional);
17. adaptar o equipo ao frasco com a solução, abrir as pinças, retirar o ar do sistema de infusão e fechá-las novamente;
18. afixar o rótulo ao frasco de soro, usando a fita adesiva ou esparadrapo;
19. datar o equipo para proceder sua troca de acordo com NT CCIH 005;
20. colocar o sistema montado na bandeja e o algodão umedecido com álcool a 70%;
21. descartar as ampolas e agulhas no recipiente específico para perfuro cortante e deixar o setor limpo e organizado;
22. encaminhar para a administração ao paciente conforme ITT de Administração de medicamentos via parenteral endovenosa.

FIM

Título: Administração de medicamento por via parenteral: intradérmica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.4	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Prescrição do paciente;
medicamento prescrito;
01 bandeja de inox;
02 luvas de procedimento;
01 seringa de 1 ml;
02 bolas de algodão seco;
01 agulha descartável 25X 8;
01 agulha descartável 13 X 4,5.
01 almotolia de álcool a 70%;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3.

Em caso de não conformidade:
Em caso de recusa do paciente em receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem, comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar ao médico assistente. Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o que foi contaminado, higienizar as mãos, substituir o material e/ou medicamento, reiniciar o preparo e comunicar ao enfermeiro. Em caso de acidente perfuro cortante, lavar o local imediatamente com água corrente e comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida Lima Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R. Moreira Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Glauciane Fonseca Procópio	Professora Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Maio/2008 Julho/2008 Julho/2008 Julho/2008 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Outubro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussi	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Administração de medicamento por via parenteral: intradérmica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.4	VDTE 016009		1 de 3

Resultado esperado:
Administração do medicamento por via intradérmica de forma segura.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
KOCH, R. M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. Curitiba; Século XXI, 20ª ed., 2004.
REICHMANN, E. **Administração de medicamentos.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. realizar limpeza e desinfecção da bancada de preparo de medicação conforme ITT correspondente;
3. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
4. separar o material verificando a data de validade do medicamento; se vencido, substituir o mesmo e encaminha-
   lo à farmácia;
5. preparar o medicamento conforme ITT correspondente, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa. Não administrar medicamento preparado por outra pessoa, exceto aqueles preparados pela farmacotécnica;
6. acomodar o material na bandeja, levar até a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
7. confirmar a identidade do paciente através da pulseira de identificação;
8. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e orientar quanto a administração, a ação e possíveis reações do medicamento, se usado pela primeira vez;
9. escolher o local apropriado e posicionar o paciente de forma segura e adequada;
10. colocar luvas de procedimento e expor a área de aplicação;
11. realizar anti-sepsia com álcool à 70% nos pacientes hospitalizados. Esta não deve ser realizada nos casos específicos de testes imunológicos devido a possibilidade de reação com o medicamento (ex. teste de PPD);
12. sem tocar no local que será feito a medicação, firmar a pele com o dedo polegar e indicador da mão não-dominante;
13. introduzir o bisel da agulha voltado para cima em ângulo de 15º (paralela à superfície da pele);
14. introduzir a agulha por cerca de 3 mm abaixo da epiderme e injetar o medicamento lentamen-

Título: Administração de medicamento por via parenteral: intradérmica

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.4	VDTE 016009		1 de 3

te;

15. retirar a agulha e colocar algodão seco no local sem friccionar;
16. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
17. desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte de ampolas, frascos, seringas com agulhas na caixa específica para pérfuro cortante;
18. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
19. checar o medicamento, ticando e anotando nome legível sobre o horário do mesmo no impresso de prescrição médica do paciente;
20. registrar no prontuário a data, a hora, a medicação, a via, o local e técnica se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
21. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de medicamento por via parenteral: subcutânea

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.5	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico e Propedêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Prescrição do paciente
01 bandeja de inox
medicamento prescrito
01 agulha 13 X 4,5
01 seringa 1 ou 3 ml
01 agulha 25 X 7 ou 25 X 6
02 luvas de procedimento
02 bolas de algodão
01 almotolia de álcool à 70 %

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Administração do medicamento por via subcutânea de forma segura.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, d**e 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida de Lima Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R. Morerira Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa GlaucianeFonseca Procópio	Professora Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Maio/Junho/2008 Julho/2008 Julho/2008 Julho/2008 setembro/2008 setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice-diretora Adjunta Vice-diretora Titular		Outubro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Administração de medicamento por via parenteral: subcutânea

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.5	VDTE 016009		1 de 3

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse a receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar ao médico assistente.
Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o que foi contaminado, higienizar as mãos, substituir o material e/ ou medicamento, reiniciar o preparo e comunicar ao enfermeiro.
Em caso de acidente pérfuro cortante, lavar o local imediatamente com água corrente e comunicar ao enfermeiro para as devidas providências.

Continuação da Bibliografia consultada:
KOCH, R. M. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** Curitiba; Século XXI, 20ª ed., 2004
REICHMANN, E. **Administração de medicamentos.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica para o paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar o material e verificar a data de validade do medicamento se vencido, substituir o mesmo e encaminha-lo à farmácia;
4. preparar o medicamento conforme ITT Preparo de medicamentos com apresentação em ampola ou frasco/ampola, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa. Não administrar o medicamento preparado por outras pessoas, exceto aqueles preparados pela Farmacotécnica;

Recomendações de quantidade de infusão para injeção subcutânea

Adolescente ou adulto	0,5 a 1,0 ml
Pessoas Obesas	0,5 a 1,0 ml
Lactente ou Criança	Não mais que 0,1 ml para injeção intradérmica. Não mais que 0,5 ml para injeção subcutânea para criança pequena ou 1,0 ml para criança pré-escolar ou escolar.

5. acomodar o material na bandeja, levá-la para a unidade do paciente e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
6. identificar o paciente através da pulseira de identificação;

Título: Administração de medicamento por via parenteral: subcutânea

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.5	VDTE 016009		1 de 3

7. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar a ação do medicamento, se usado pela primeira vez.
8. calçar luvas de procedimento;
9. escolher o local e posicionar o paciente de acordo com o local eleito;
10. fazer anti-sepsia da pele com álcool a 70 %, em sentido único, pelo menos duas vezes ou mais no caso de sujidade e esperar secar;
11. utilizando apenas dois dedos da mão não-dominante, fazer uma prega com a pele e o tecido subcutâneo;
12. introduzir a agulha nesta prega cutânea: - agulha 13 x 4,5 (se for agulha hipodérmica) num ângulo de 90º. - agulha 25x6 ou 25x7, num ângulo de 45°;
13. aspirar para certificar que não há retorno venoso. Não havendo, injetar lentamente o medicamento, exceto a insulina que deve ser injetada rapidamente. Em caso de retorno de sangue, retirar imediatamente a agulha, pressionar o local, desprezar medicamento e material e reiniciar o processo;
14. retirar a agulha e pressionar o local com algodão. Não friccionar o local de aplicação;
15. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
16. desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte de ampolas, frascos, seringas com agulhas na caixa específica para perfuro cortante;
17. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
18. checar ticando e anotando o nome sobre o horário do medicamento no impresso de prescrição médica do paciente;
19. registrar no prontuário a data, a hora, a medicação, a via, o local e técnica, e se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
20. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de medicamento via parenteral: intramuscular

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.6	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico e Propedêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Prescrição do paciente;
01 seringa de 3 ml ou 5 ml;
medicamento prescrito;
01 agulha 25 X 7 ou 13 x 4,5 se IM para neonato;
02 luvas de procedimento;
01 bandeja de inox;
03 bolas de algodão;
01 agulha 25 X 8;
05 ml de Álcool a 70%.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4 e 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: página 2/4.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse a receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar verbalmente ao médico assistente.
Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o que foi contaminado, higienizar as mãos, substituir o material e/ ou medicamento, reiniciar o preparo e comunicar ao enfermeiro. Em caso de acidente pérfuro cortante, lavar o local imediatamente com água corrente e comunicar ao enfermeiro para as devidas providências.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida Lima Maria Bárbara Alves dos Santos Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Mônica Canhestro Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R. Moreira Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Glauciane Fonseca Procópio	Professora Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Maio/2004 Julho 2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Outubro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond	Enfermeiro		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Administração de medicamento via parenteral: intramuscular

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.6	VDTE 016009		2 de 4

Resultado esperado:
Administração de medicamento por via intramuscular de forma segura.

bibliografia consultada:
BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
REICHMANN, E. **Administração de medicamentos.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento**. Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar o material verificando a data de validade do medicamento; se vencido, substituir o mesmo e devolver a farmácia;
4. preparar o medicamento conforme ITT correspondente, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa. Não administrar medicamento preparado por outras pessoas, exceto aqueles preparados na farmacotécnica;
5. acomodar o material na bandeja, levar até a Unidade do Paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
6. confirmar a identidade do paciente através da pulseira de identificação;
7. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante e orientá-los quanto à administração, ação e possíveis reações, se usado pela primeira vez;
8. garantir a privacidade do paciente e calçar as luvas de procedimento;
9. escolher o local de acordo com o medicamento, a dose prescrita e a massa muscular;

   9.1 em pacientes adultos as regiões indicadas são

   9.1.1 1a opção: ventro-glútea - volume máximo: 5 ml;

   9.1.2 2ª opção: vasto lateral da coxa - volume máximo: 5 ml;

   9.1.3 3ª opção: dorso-glútea - volume máximo: 5 ml;

   9.1.4 4ª opção: deltoidiana-volume máximo: 2 ml para aqueles com desenvolvimento muscular normal;

9.2 em crianças as regiões e volumes indicados são

9.2.1 1ª opção: ventro-glútea – não recomendado para menores de 3 anos;

9.2.1.1 crianças de 3 a 6 anos – até 1,5 ml;

9.2.1.2 crianças de 6 a 15 anos – até 2,0 ml;

9.2.1.3 adolescentes – até 2,5 ml;

9.2.2 2ªopção: vasto lateral – prematuros e neonatos – até 0,5 ml

9.2.2.1 menores de 3 anos – até 1,0 ml;

9.2.2.2 crianças de 3 a 6 anos – até 1,5 ml;

9.2.2.3 crianças de 6 a 15 anos – até 2,0 ml;

9.2.2.4 adolescentes – até 2,5 ml;

9.2.3 3ª opção: dorso glútea – não recomendado para menores de 3 anos

9.2.3.1 crianças de 3 a 6 anos – até 1,0 ml;

9.2.3.2 crianças de 6 a 14 anos – até 2,0 ml;

9.2.3.3 adolescentes – até 2,5 ml;

9.2.4 4ª opção deltóide –

9.2.4.1 crianças de 6 a 14 anos – até 0,5 ml;

9.2.4.2 adolescentes – até 1,0 ml;

10. posicionar o paciente de acordo com o local eleito;

11. realizar anti-sepsia da pele com álcool a 70 % em sentido único (em caso de injeções seqüenciais realizar rodízio do local de aplicação de acordo com o volume e droga administrada) pelo menos 2 vezes ou mais no caso de sujidade e esperar secar;

12. aplicar a medicação conforme a técnica;

12.1 técnica habitual

12.1.1 firmar o músculo e introduzir em ângulo de 90 graus com a superfície cutânea;

12.1.2 aspirar para verificar retorno venoso, havendo a presença de sangue, retire imediatamente a agulha, despreze, prepare novo medicamento e aplique em outro local;

12.1.3 não havendo o retorno venoso, injetar lentamente a solução;

12.1.4 retirar a agulha e fazer uma ligeira pressão com algodão (hemostasia);

12.2 quando indicado a técnica de aplicação em z

12.2.1 após aspirar a dose prescrita, acrescentar 0,3 a 0,5 ml de ar na seringa;

12.2.2 substituir a agulha original por outra estéril (25 x 8);

12.2.3 realizar anti-sepsia da pele com álcool a 70 % em sentido único (em caso de injeções seqüenciais realiza rodízio do local de aplicação de acordo com o volume e droga administrada) pelo menos 2 vezes ou mais no caso de sujidade e esperar secar;

12.2.4 puxar a pele e o tecido subcutâneo para um lado (cerca de 2 cm) com a mão não-dominante, mantendo- a assim até o final da aplicação;

12.2.5 introduzir a agulha com a mão dominante em ângulo de 90º. Aspirar para verificar retorno venoso, havendo a presença de sangue, retire imediatamente a agulha, despreze, prepare novo medicamento e aplique em outro local;

Título: Administração de medicamento via parenteral: intramuscular

12.2.6 não havendo o retorno venoso, injetar lentamente a solução;

12.2.7 retirar a agulha e deixar o tecido subcutâneo e a pele voltarem ao normal;

13. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
14. desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte de ampolas, frascos, seringas com agulhas na caixa específica para pérfuro cortante;
15. retirar as luvas e higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
16. checar o medicamento, ticando e anotando o nome legível sobre o horário do mesmo, no impresso de prescrição médica do paciente;
17. registrar no prontuário a data, a hora, a medicação, a via, o local e a técnica se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de medicamentos via parenteral: endovenosa

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 05.7	VDTE 016009	1ªem 08/2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Prescrição do paciente;
01 bandeja com o medicamento prescrito e preparado;
01 máscara cirúrgica descartável se cateter central;
02 luvas de procedimento;
01 equipo com bureta;
01 equipo simples e/ou com injetor lateral;
01 rótulo para equipo (esparadrapo);
01 seringa de 1 ml, 3 ml, 5 ml, 10 ml ou 20 ml;
01 agulha 25x7 ou 25x8 ou 30 x 10;
03 bolas de algodão;
01 almotolia de Álcool 70%;
01 tampa protetora para dispositivo venoso;
01 suporte de soro;
01 frasco de soro fisiológico;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4 e 3/4 e 4/4.

Resultado Esperado:
Administração do medicamento por via endovenosa de forma segura.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

Histórico da revisão:
Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida Lima Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Magna Patrícia O. Agreste Antonieta Lourdes de Souza Lúcia de Fátima R. Moreira Rosana Lima de Souza Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2007 Maio/2008 Junho/2008 Junho/2008 Julho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Setembro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Guilherme Augusto Armond Maria Letícia B. Braga	Enfermeiro Enfermeira da CCIH		Setembro/2008 Setembro/2010
Revisado por	Silma Mª. C. P. Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfa. Profa. Dra.EEUFMG Enfa. Profa. Dra.EEUFMG Enfa. Comissão de ITT		Agosto de 2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Administração de medicamentos via parenteral: endovenosa

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse a receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar verbalmente ao médico assistente. Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o material, higienizar as mãos e reiniciar o preparo. Em caso de acidente perfuro cortante, lavar o local imediatamente com água corrente e comunicar ao enfermeiro, que tomará as devidas providências.

Bibliografia consultada:

BENET, L; KROETZ, D& SHEINER, L. **Farmacocinética. I**n: GILMAN, A.G. As bases farmacológicas da terapêutica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996: 3-20 p.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INICIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar o material, verificar a data de validade do medicamento, se vencido substituir o mesmo e devolver a farmácia;
4. preparar o medicamento conforme a ITT correspondente sempre obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa. Não administrar medicamento preparado por outras pessoas, exceto aqueles preparados pela Farmacotécnica;
5. acomodar o material na bandeja de inox;
6. levar até a unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
7. confirmar a identidade do paciente através da pulseira de identificação;
8. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante e orientá-los quanto à administração, ação e possíveis reações, se usado pela primeira vez;
9. garantir a privacidade do paciente e higienizar as mãos;
10. calçar luvas de procedimento e colocar a máscara se cateter central;
11. certificar se o acesso está pérvio e proceder à infusão do medicamento
    11.1 através do injetor lateral do equipo de soro
        11.1.1 fazer desinfecção no injetor lateral friccionando o algodão umedecido em álcool a 70% por 30 segundos;

Título: Administração de medicamentos via parenteral: endovenosa

11.1.2 fechar o(s) clamp(s) do(s) equipo(s) interrompendo a infusão venosa;
11.1.3 introduzir a agulha com a seringa no injetor lateral e injetar o medicamento lentamente;
11.1.4 retirar a agulha, a seringa e abrir o(s) clamp(s) do(s) equipo(s);
11.1.5 lavar o dispositivo com soro fisiológico 0,9%, sendo 10ml em adultos 05 ml em crianças;
11.1.6 retornar o gotejamento do soro de acordo com a prescrição;

11.2 através do equipo de microgotas, com bureta ou câmara graduada
11.2.1 rotular o equipo com o nome do paciente, número do leito, data, hora e profissional;
11.2.2 conectar o equipo ao frasco de soro fisiológico;
11.2.3 abrir o clamp e deixar o soro fluir para a câmara graduada até mais ou menos um terço da mesma;
11.2.4 lavar o equipo e retirar o ar do sistema;
11.2.5 fazer a desinfecção no injetor da câmara graduada com álcool a 70% por 30 segundos;
11.2.6 introduzir a agulha e injetar o medicamento, completar o volume total a ser diluído de acordo com a prescrição e atentar para crianças e pacientes com restrição de volume;
11.2.7 fazer a desinfecção da conexão ao dispositivo com algodão umedecido em álcool a 70%;
11.2.8 adaptar o equipo ao dispositivo venoso e controlar o gotejamento;
11.2.9 ao término da infusão lavar o equipo com o soro, desconectar o equipo proteger a ponta do equipo com uma agulha 25x7 ou 25x8 encapada e tampar a conexão;
11.2.10 a troca do equipo deverá acontecer de acordo com o período estipulado pela CCIH;

11.3 através de conector de múltiplas vias
11.3.1 fazer desinfecção da conexão com algodão umedecido com álcool a 70 %;
11.3.2 fechar a pinça do equipo interrompendo a infusão;
11.3.3 dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo endovenoso e desconectar o equipo de soroterapia, protegendo a ponta do mesmo com agulha 25 x 7, 25 x 8 ou com tampa própria;
11.3.4 adaptar o sistema de infusão (seringa, equipo de bureta graduada ou equipo simples), com o medicamento prescrito ao canhão do dispositivo endovenoso;
11.3.5 proceder à administração do medicamento prescrito;
11.3.6 lavar o dispositivo com soro fisiológico 0,9%, sendo 10ml em adultos 05 ml em crianças;
11.3.7 ao término da medicação fazer desinfecção da conexão com algodão umedecido em álcool a 70 %;
11.3.8 dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo endovenoso e desconectar o sistema de infusão que estava com o medicamento;
11.3.9 reinstalar a soroterapia anterior controlando o gotejamento, heparinizar ou salinizar o dispositivo conforme ITT correspondente;

11.4 medicamentos diluídos em bolsas com sistema fechado de SGI 5 % ou soro fisiológico a 0,9% 250 ml, 500 ml ou 1000 ml
11.4.1 pendurar o frasco no suporte de soro;
11.4.2 abrir o clamp e deixar escoar solução por todo o equipo retirando o ar do sis-

Título: Administração de medicamentos via parenteral: endovenosa

tema;

11.4.3 fazer a desinfecção da conexão com algodão umedecido em álcool a 70 %;

11.4.4 adaptar o equipo ao dispositivo e proteger as tampas com agulhas encapadas;

11.4.5 abrir o clamp e ajustar a velocidade de infusão prescrita;

11.5 em pacientes com dispositivo heparinizado ou salinizado

11.5.1 fazer a desinfecção da conexão com algodão umedecido com álcool a 70 %;

11.5.2 dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo venoso;

11.5.3 retirar a tampa e protegê-la com agulha 25 x 7 ou 25 x 8 ou com o seu protetor;

11.5.4 adaptar o sistema de infusão (seringa, equipo de bureta graduada, equipo simples), com o medicamento prescrito, ao canhão do dispositivo ou sua extensão (three way, dupla via, extensores);

11.5.5 proceder à administração da medicação prescrita;

11.5.6 ao término da medicação, fazer desinfecção da conexão com algodão umedecido com álcool a 70 %;

11.5.7 dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo, retirar o sistema de infusão que estava com o medicamento, proteger a ponta do equipo com agulha 25 X 7 ou 25 X 8 ou tampa própria;

11.5.8 heparinizar ou salinizar o dispositivo conforme ITT correspondente;

12. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
13. desprezar o material usado no expurgo atentando para separar o descarte dos pérfuros cortantes na caixa própria;
14. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
15. checar o medicamento ou solução ticando e anotando o nome sobre o horário no impresso de prescrição médica do paciente;
16. anotar no impresso de balanço hídrico, volumes acima de 50 ml (no adulto) se estiver em controle de líquidos. Para paciente pediátrico ou neonato anotar todo o volume;
17. registrar no prontuário a data, a hora, a medicação, a via e o local, e se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Transporte interno de bolsas de hemocomponentes para Administração

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 06.1	VDTE 016009	1ª em 01/2010	1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem da Central de Transporte.

Quando: Após confirmação:
1- da liberação dos hemocomponentes pela agência transfusional (banco de sangue); 2 - da administração do preparo, se prescrito; 3 - de acesso vascular apropriado para hemotransfusão; 4 - da verificação da temperatura axilar, pressão arterial e freqüência cardíaca.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
1(s) etiqueta de "requisição de sangue pela enfermagem" devidamente preenchida sem abreviaturas;
1 caixa térmica limpa e desinfetada;
1(s) tira(s) pequena(s) de fita adesiva;
1 prescrição médica de filtro, se indicado.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Transporte rápido e seguro da(s) bolsa (s) do(s) hemocomponente(s).

Em caso de não conformidade:
Em caso de qualquer desacordo entre os dados de identificação da requisição do sangue e dos registros do banco de sangue, retornar à Unidade de origem para confirmação ou retificação dos dados.

Bibliografia consultada: vide página 2/2.

Histórico da revisão:
Em janeiro/2010 foram completados os itens: 01, 02, 05, 08 da descrição da instrução de trabalho. Adequado o item 08 e acrescentado o item 09.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Luciana Cerqueira Barbosa	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2008
Avaliado por	Lucia F.R. Moreira Caroliny Alves Pessoa Glauciane Fonseca Procópio	Professora Enfermeira Enfermeira		Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana Cangussu	Enfermeira CCIH		Dezembro/2008
Revisado por	Daniela Santos Emerson Roberto de Oliveira Erika de Oliveira Santos Glaciano Nogueira Ribeiro José Santos Quintão Leonor Gonçalves	Enfª. Gesqualis Enfº. Clínica Médica Enfª. Gesqualis Médico Hemoterapeuta Médico Hemoterapeuta V D T E		Dezembro/2009 Janeiro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Transporte interno de bolsas de hemocomponentes para Administração

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 06.1	VDTE 016009	1ª em 01/2010	2 de 2

Bibliografia Consultada:

CONSELHO FEDERAL DE EM FERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

HEMOMINAS. **Cadernos: Assistência de Enfermagem na coleta de sangue do doador e na hemotransfusão.** V. 11, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC n. 153, de 14 de junho de 2004. **Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br.

QUINTÃO, J. S. **Manual de Hemovigilância.** Projeto Hospitais Sentinela, Belo Horizonte. 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

01. Verificar a requisição de sangue se está preenchida correta e completamente (legível, sem rasura e abreviatura);
02. certificar-se de qual (ais) hemocomponente(s) irá buscar e a quantidade de bolsas;
03. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
04. pegar a caixa térmica condizente com a quantidade de bolsas de hemocomponentes;
05. fixar a(s) requisição (es) na tampa da caixa com a fita adesiva;
06. encaminhar-se à Agência Transfusional, utilizando o elevador de transporte de pacientes;
07. trocar, na Agência Transfusional, a(s) requisição (ões) pela(s) bolsa(s) de hemocomponente(s) correspondente(s);
08. Após fazer a inspeção da bolsa, o funcionário da Agência Transfusional deverá checar a requisição com a identificação da bolsa e fazer as devidas anotações em seu livro de controle e, colocar a(s) bolsa(s) na caixa térmica juntamente com o(s) equipo(s) próprio(s) padronizado(s). A liberação de filtros para deleucocitose ficará condicionada à prescrição médica;
09. certificar que o cartão de identificação da bolsa esta em duas vias;
10. fechar a caixa e retornar imediatamente à Unidade de origem, também pelo elevador de transporte de pacientes;
11. entregar a caixa para o Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem que solicitou o hemocomponente;
12. fazer a limpeza da caixa após sua liberação;
13. registrar no livro de atividades, a data, a hora e o transporte de qual (ais) hemocomponentes;
14. assinar e carimbar.

FIM

Título: Administração de hemocomponentes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 06.2	VDTE 016009	2ª. Em 09/2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica para o paciente e o consentimento do mesmo e após administração do preparo, se prescrito.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulâncias.

Condições necessárias:

Prescrição médica do paciente
01 máscara facial descartável se cateter central
bolsa(s) do hemocomponente prescrito identificada com o cartão de hemotransfusão em 2 vias
01 ampola de soro fisiológico 0,9% de 10 ml
01 bandeja de inox limpa e desinfetada
acesso venoso apropriado para hemotransfusão
10 cm de esparadrapo ou micropore
01 extensor
01 seringa descartável de 10 ml
03 bolas algodão com Álcool a 70%
01 suporte para soro
01 equipo específico para transfusão de hemocomponentes
04 luvas de procedimento

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

Histórico da revisão: vide página 2/4.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida de Lima Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006
Avaliado por	Maria Bárbara Alves Antonieta Lourdes de Souza Lúcia F.R. Moreira Rosana Lima de Souza Caroliny Alves Pessoa GlaucianeFonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Fevereiro/2007 Maio/2008 Agosto/2008 Maio/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice Diretora Suplente Vice Diretora Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por	Daniela Santos Emerson Roberto de Oliveira Erika de Oliveira Santos Glaciano Nogueira Ribeiro José Santos Quintão Leonor Gonçalves	Enfª. Gesqualis Enfº. Clínica Médica Enfª. Gesqualis Médico Hemoterapeuta Médico Hemoterapeuta Vice Diretora Técnica de Enfermagem		Dezembro/2009 Setembro/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Administração de hemocomponentes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 06.2	VDTE 016009	2ª. Em 09/2010	2 de 4

Resultado esperado:
Infusão segura do volume do hemocomponente prescrito no tempo correto.

Em caso de não conformidade:
Caso ocorra alguma inviabilidade de administração ou o paciente se recuse a receber o hemocomponente, retornar com o mesmo ao posto de enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa ou a inviabilidade da administração, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar ao médico. O enfermeiro tomará as devidas providências quanto à(s) bolsa(s) do hemocomponente(s), como a devolução à agência transfusional do concentrado de hemácias e plaquetas em até 30 minutos, se não houver tido conexão do equipo a bolsa. Em caso de exposição ao material biológico seguir o fluxo de acidente de trabalho.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n. 153,** de 14 de junho de 2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br.. Acessado em 12/08/08
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem**. Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Histórico da Revisão:
1º - Em janeiro/2010 alteramos os itens: Quando, Condições necessárias, Não conformidade e da Descrição da instrução os seguintes números (7, 8, 11, 12, 14, 18, 19 e 20).
2º - Em setembro/2010 a VDTE determinou a dupla checagem antes da administração e a permanência do Enfermeiro nos primeiros 10minutos da administração.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Conferir a prescrição do paciente;
2. confirmar a reserva do hemocomponente na agência transfusional;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
5. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. verificar os sinais vitais. Em caso de pressão arterial elevada ou temperatura corporal axilar maior ou igual a 37.8º c, comunicar ao enfermeiro e/ao médico e administrar antitérmico se prescrito;
7. conferir a permeabilidade ou puncionar acesso venoso calibroso, conforme ITT de punção venosa. Em paciente neonato com cateter epicutâneo ou cateter venoso central nº. 24 não administrar hemocomponentes. Puncionar um acesso periférico;

Título: Administração de hemocomponentes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 06.2	VDTE 016009	2ª. Em 09/2010	3 de 4

8. administrar o preparo para evitar possíveis reações, se prescrito, observando o período pedido;
9. providenciar o hemocomponentes prescrito, conforme ITT de transporte de hemocomponentes;
10. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
11. separar os materiais lembrando que movimentos bruscos e/ou compressão da bolsa de hemácias, podem provocar hemólise;
12. conferir os registros:
    12.1 da bolsa do hemocomponente com o cartão de identificação da mesma (número, grupo sanguíneo e fator RH);
    12.2 do cartão com a prescrição médica (qual hemocomponente e quantidade);
13. pedir outro colega (enfermeiro ou técnico) para reconferir todos os dados – dupla checagem;
14. calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara se cateter central;
15. conectar o equipo a bolsa do hemocomponente preenche-lo e fechá-lo;
16. colocar algodão com álcool a 70% e a bolsa equipada em uma bandeja e transportar para a unidade do paciente;
17. colocar a bandeja sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
18. pendurar a bolsa no suporte de soro;
19. fazer desinfecção das conexões com algodão embebido em álcool a 70%. A administração deverá ser em via exclusiva;
20. lavar a via com solução fisiológica, em situação que não possa haver interrupção da infusão medicamentosa;
21. conectar o equipo ao dispositivo para infusão venosa e iniciar a hemotransfusão:
    21.1 para concentrado de hemácias, manter velocidade de infusão a 20 gotas/minuto durante os primeiros 10 minutos e neste tempo o enfermeiro deverá permanecer ao lado do paciente. Se não houver sinais ou sintomas de reação transfusional, aumentar a velocidade de infusão de acordo com a prescrição médica (em geral 50 a 60 gotas/minuto para adultos ou entre 2 e 4 horas);
    21.2 para concentrado de plaquetas, manter infusão livre, uma bolsa após a outra, exceto para aférese ou Pool, de acordo com os números de unidades prescritas. Interromper se iniciar sinais ou sintoma de reação transfusional;
    21.3 para plasma, seguir a velocidade de infusão prescrita (a indicação é que seja livre);
22. observar o paciente e caso apresente qualquer sinal ou sintoma (prurido com ou sem placas de urticária, dor, dispnéia, febre e/ou calafrio – temperatura acima de 37.8º c em paciente afebril ou elevação maior que 1º c em paciente com febre), interromper a infusão do hemocomponentes, instalar a solução fisiológica, verificar os sinais vitais e comunicar ao enfermeiro e/ou ao médico de plantão;
23. retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
24. checar o hemocomponente, ticando e anotando o nome sobre o horário do mesmo, no impresso de prescrição do paciente;
25. registrar no prontuário a data, hora de início e os dados da bolsa de hemocomponente e do cartão de identificação;
26. preencher os dados do Mapa Transfusional;
27. continuar observando o paciente durante toda a hemotransfusão e mesmo após seu término (pode haver reação transfusional imediata ou tardia);
28. ao término da hemotransfusão higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
29. fazer desinfecção das conexões com algodão umedecido em álcool a 70%;

Título: Administração de hemocomponentes

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 06.2	VDTE 016009	2ª. Em 09/2010	4 de 4

30. clampar a parte distal do dispositivo e desconectar o equipo com a bolsa;
31. retornar com a fluidoterapia, salinizar ou retirar o dispositivo de acesso venoso, conforme a prescrição médica;
32. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
33. desprezar o material no expurgo, atentando para o descarte do conjunto equipo/bolsa no lixo infectante e se agulhas ou dispositivos agulhados na caixa de perfuro cortante;
34. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
35. verificar e registrar os sinais vitais;
36. registrar a data e a hora do término; se reações, qual o tipo a conduta tomada e o resultado obtido;
37. caso o paciente tenha prescrição de balanço hídrico, registrar o volume infundido
    37.1 concentrados de hemácias – lançar apenas na coluna de líquidos indicados;
    37.2 concentrados de plaquetas e plasma – lançar nas duas colunas: indicado e administrado;
38. afixar o cartão de identificação do hemocomponente ao mapa transfusional;
39. assinar e carimbar.

FIM

Título: Condutas de enfermagem em caso de reação ou incidente transfusional

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 06.3	VDTE 016009	1ª. Em 01/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Ao primeiro sinal ou sintoma de reação ou incidente transfusional tais como: prurido, calor, dispnéia, placas de urticária (mácula-pápula-eritema e prurido), dor lombar, cefaléia, febre, etc.

Onde:
Local em que o paciente estiver recebendo a hemotransfusão ou, no caso das reações tardias, no local onde a reação se manifestou.

Condições necessárias:
1 ampola de solução fisiológica;
1 agulha 25x8cm;
1 frasco de 500 ml de solução fisiológica;
1 equipo com injetor lateral;
2 luvas de procedimento;
2 bolas de algodão;
1 almotolia de Álcool a 70%;
1 carrinho de emergência;
1 Ficha de Incidente Transfusional-FIT ou
1 Formulário de notificação de eventos adversos;
1 bandeja de inox limpa e desinfetada.
oxigênio pronto para uso;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado: vide página 2/3

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:
Em janeiro/2010 modificamos os itens: Quando, Condições necessárias e a Descrição da IT nos números 3.2, 6, 15, 17, e 20.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Luciana Cerqueira Barbosa	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2008
Avaliado por	Cláudia Melo Franco Cíntia M.ªG. de Morais Lucia FR Moreira	Enfermeira Enfermeira Professora		Setembro/2008 Outubro/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por	Daniela Santos Emerson Roberto de Oliveira Erika de Oliveira Santos Glaciano Nogueira Ribeiro José Santos Quintão Leonor Gonçalves	Enfª. Gesqualis Enfº. Clínica Médica Enfª. Gesqualis Médico Hemoterapeuta Médico Hemoterapeuta Vice Diret. Técnica de Enfer		Dezembro/2009 Janeiro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Condutas de enfermagem em caso de reação ou incidente transfusional

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 06.3	VDTE 016009	1ª. Em 01/2010	2 de 3

Resultado esperado:
Detecção precoce de qualquer reação, iniciar medidas para impedir a evolução da reação e o tratamento da mesma, se instaladas. Registro no prontuário e encaminhamento da notificação da reação (FIT) ou o formulário de eventos adversos à agência transfusional (banco de sangue).

Em caso de não conformidade:
Em caso de agravamento do quadro do paciente, redobrar a atenção e providenciar o transporte do carrinho de emergência para próximo ao leito do paciente.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
HEMOMINAS. **Cadernos: Assistência de Enfermagem na coleta de sangue do doador e na hemotransfusão.** V. 11, 2004.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n. 153,** de 14 de junho de 2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br.Acessado em 12/08/2008.
QUINTÃO, J. S. **Manual de Hemovigilância.** Projeto Hospitais Sentinela, Belo Horizonte. 2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar o paciente em hemotransfusão;
2. observar o paciente e considerar qualquer sinal manifestado por ele ou queixa verbalizada pelo paciente ou seu acompanhante
   2.1 reação imediata ocorre até 24 horas após o término da infusão do hemocomponente;
   2.2 reação tardia ocorre após 24 horas do término da infusão do hemocomponente;
3. as anormalidades, mais comuns, a serem constatadas são
   3.1 prurido, calor, calafrio, dispnéia, náuseas, ansiedade, taquicardia;
   3.2 placas de urticária (mácula, pápula, eritema e prurido) e tremores;
   3.3 febre, cefaléia, dor lombar, dor torácica, vômito e hipertensão;
   3.4 placa urticariforme extensa, cianose, tosse, rouquidão;
4. calçar as luvas de procedimento;
5. fazer desinfecção das conexões com algodão umedecido em álcool a 70%;
6. interromper a hemotransfusão e não desprezar a bolsa;
7. manter a veia pérvia com solução fisiológica;
8. solicitar a avaliação do médico assistente ou o de plantão;
9. verificar e registrar os sinais vitais;
10. reconferir a identificação da bolsa com os dados do paciente;
11. seguir a nova prescrição médica
    11.1 administrar medicamento, ligar oxigênio, etc.;
    11.2 manter a suspensão da infusão do hemocomponente;
    11.3 retornar a transfusão, se liberada;

Título: Condutas de enfermagem em caso de reação ou incidente transfusional

11.4 providenciar coleta de amostra de sangue periférico do paciente se for pedido;

12. avisar ao banco de sangue via telefone o ocorrido e em qual paciente;
13. dar continuidade aos cuidados com o paciente até o retorno à normalidade;
14. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
15. desprezar material usado no expurgo, atentando para:

15.1 o descarte em lixo específico dos pérfuros cortantes;

15.2 não desprezar a bolsa do hemocomponente até a liberação da agência transfusional;

16. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. solicitar ao médico que atendeu ao paciente que preencha a FIT ou formulário de eventos adversos;
18. registrar no prontuário a data, hora, sinais, sintomas, conduta tomada, prescrição feita e o resultado obtido;
19. assinar e carimbar;
20. encaminhar à agência transfusional a FIT ou o formulário preenchidos, a bolsa do hemocomponente, os pedidos e a amostra de sangue periférico, se solicitados.

FIM

Título: Administração de quimioterápicos citotóxicos por via endovenosa

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 07.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Quando:
Mediante prescrição médica.

Onde:
Nas unidades de internação, Pronto Atendimento e Ambulatório de Quimioterapia.

Condições necessárias:

01 bandeja inox limpa e desinfetada;
prescrição médica de quimioterapia citotóxica preparada pela farmacotécnica, acondicionada em seringa ou frasco com equipo acoplado;
paciente com acesso vascular pérvio, de preferência de grosso calibre;
01 avental de mangas compridas descartável;
01 máscara facial descartável;
01 almotolia com álcool a 70%;
01 pacote de gaze estéril;
01 agulha descartável nº. 25/7;
01 tree-way ou dupla-via;
02 luvas de procedimentos.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4 e 3/4 e 4/4.

Resultado esperado: vide página 2/4.

Em caso de não conformidade:
Caso o paciente se recuse a receber a medicação, retornar com a mesma ao Posto de Enfermagem e comunicar ao enfermeiro que deverá reorientar o paciente. Permanecendo a recusa, circular o horário na prescrição, anotar no prontuário e comunicar verbalmente ao médico assistente e ao setor de farmacotécnica. Em caso de contaminação do material ou do medicamento, interromper o processo, desprezar o material no expurgo, higienizar as mãos e comunicar ao enfermeiro e a farmacotécnica. Em caso de acidente pérfuro cortante, lavar o local imediatamente com água corrente e comunicar ao enfermeiro, que tomará as devidas providências. Em caso de extravasamento, reações locais e sistêmicas e acidentes com quimioterápicos citotóxicos, tomar condutas conforme ITTs correspondentes.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

Histórico da revisão:
Em setembro/2010 foi mudado o título para acompanhar a atualização da ITT AMB 05.1.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Cláudia Denísia de Brito Ronan de Abreu Ramirez	Enfermeira Enfermeira		Julho/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Caroliny Alves Pessoa Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Professora		Agosto/2008 Setembro/2008 Dezembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Dezembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Janeiro/2009
Revisado por	Ronan de Abreu Ramirez Antonieta Lourdes de Souza	Enf°. Coord. Ambulatório QT Enfª. Comissão ITT		Setembro/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Administração de quimioterápicos citotóxicos por via endovenosa

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 07.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	2 de 4

Resultado esperado:
Administração segura e completa de quimioterápicos citotóxicos pela via endovenosa.

Bibliografia consultada:
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC 220** de 21 de setembro de 2004. Aprova o regulamento Técnico de funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica.
BONASSA, E D. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3ª edição. São Paulo: Atheneu, 2005.
Guia de Manejo de Drogas Oncológicas – ZODIAC – Divisão Oncológica.
COFEN – **Resolução 210/1998**. Aprova as normas técnicas de biossegurança individual, coletiva e ambiental dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica.
COREN DF- **Parecer Técnico 001/1994**. Dispõe sobre o preparo e administração de drogas citostáticas.
FONSECA, S. M. et al. **Manual de quimioterapia antineoplásica.** Rio de Janeiro: Reichmam &Affonso editores, 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

ADMISTRAÇÃO POR INFUSÃO CONTÍNUA:

1. Verificar a prescrição e certificar-se da prescrição de quimioterapia citotóxica;
2. receber o (s) quimioterápico (s) citotóxico (s) da farmacotécnica;
3. conferir a identificação do paciente e do medicamento com a prescrição médica (nome, nº. de registro, unidade de internação, droga (s), veículo de administração, dosagem, tempo de infusão, conservação e estabilidade);
4. se o paciente não apresentar acesso venoso, preparar os materiais para punção venosa, conforme ITT correspondente;
5. levar os materiais e o quimioterápico até a unidade do paciente;
6. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
7. identificar o paciente pela pulseira de identificação (quando internado);
8. orientar o paciente e/ou acompanhante quanto à administração, ação e possíveis reações e, relatar qualquer alteração durante a infusão;
9. higienizar as mãos conforme NTCCIH 002;
10. paramentar-se com os EPI's;
11. puncionar acesso venoso periférico, conforme ITT correspondente ou certificar-se da perviabilidade do acesso, em caso de cateter venoso central, através de aspiração da via de infusão com 01 seringa de 5ml. Se retornar sangue, passar para o item seguinte; se não retornar, comunicar ao médico. Em caso de cateter totalmente implantado, tentar desobstrução conforme ITT correspondente;
12. administrar os medicamentos pré-quimioterápicos, quando prescritos ou instalar S. F. a 0,9 % para manutenção venosa;
13. iniciar a administração do(s) quimioterápico(s), respeitando a sequência e o tempo de infusão prescrito (s);

Título: Administração de quimioterápicos citotóxicos por via endovenosa

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 07.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	3 de 4

14. checar os medicamentos com tique e nome legível na folha de prescrição, após o início de cada infusão;
15. lavar o dispositivo venoso com S.F. 0,9% no intervalo de administração de cada droga;
16. lavar o acesso venoso com S.F.0,9%, conforme o volume prescrito, ao término da administração do protocolo quimioterápico;
17. retirar o cateter venoso periférico ou mantê-lo conforme a necessidade
    17.1 Manter o cateter venoso central heparinizado ou instalar soroterapia conforme prescrição médica;
18. deixar o paciente seguro e confortável;
19. desprezar todos os materiais usados (equipos, agulhas, seringas, frascos/ bolsas de quimioterápicos) no expurgo nas caixas de resíduos químicos perfuro e não pérfuro-cortantes;
20. retirar luvas e demais EPI's; higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
21. registrar os procedimentos realizados no prontuário do paciente, assinar e carimbar.

ADMINISTRAÇÃO EM BOLLUS

Seguir passos supracitados até o item 11

1. fazer desinfecção do injetor lateral do equipo de soro com gaze umedecida em álcool á 70%;
2. puncionar o injetor lateral do equipo com agulha 25x7 adaptada à seringa contendo o quimioterápico;
3. manter a agulha envolta em gaze estéril durante a administração da droga;
4. certificar-se do retorno venoso durante a administração da droga, realizando aspiração do cateter a cada 2 ml administrados;
5. estar atento às queixas do paciente durante a administração da droga;
6. interromper imediatamente a administração da medicação ao suspeitar ou detectar extravasamento da mesma e seguir as condutas da ITT correspondente;
7. lavar o acesso venoso ao término da administração da droga, com S.F. 0,9%, conforme prescrição médica;
8. retirar o cateter venoso periférico ou mantê-lo conforme a necessidade;
   8.1 manter o cateter venoso central heparinizado ou instalar soroterapia conforme prescrição médica;
9. deixar o paciente seguro e confortável;
10. desprezar todos os materiais usados (equipos, agulhas, seringas, frascos/ bolsas de quimioterápicos) no expurgo nas caixas de resíduos químicos pérfuro e não pérfuro-cortantes;
11. retirar luvas e EPI's; higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
12. checar o medicamento ticando e anotando o nome sobre o horário, no impresso de prescrição do paciente;
13. registrar os procedimentos realizados no prontuário do paciente, assinar e carimbar.

ANEXO L

DROGAS IRRITANTES	DROGAS VESICANTES
Carmustina	Dacarbazina
Dacarbazina	Dactinomicina
Daunorrubicina	Daunorrubicina
Etoposide	Doxorrubicina
Gencitabina	Epirrubicina
Ifosfamida	Idarrubicina
Irinotecano	Lomustina
Mitomicina	Mercaptopurina
Mecloretamina	Mitomicina
Melfalano	Vimblastina
Paclitaxel	Vincristina
Streptozocin	Vinorelbine
Teniposide	
Thiotepa	

FIM

Título: Condutas em caso de reação á administração de quimioterápicos citotóxicos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 07.2	VDTE 016009	1ª em 09/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Quando:
Na ocorrência de reações sistêmica e local durante ou imediatamente após a infusão de quimioterápicos citotóxicos.

Onde:
Nas Unidades de Internação/ Pronto Atendimento e Ambulatório de Quimioterapia**.**

Condições necessárias:
01 frasco de Soro Fisiológico 0,9% 500 ml
01 equipo com injetor lateral
02 luvas de procedimento
01 extensor ou three way
carrinho de emergência pronto para uso
01 termômetro
01 aparelho de pressão com estetóscopio
material para oxigenoterapia prepadado
01 impresso para registro da ocorrência

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Detectar precocemente e tratar de forma segura e eficaz as reações sistêmicas e locais apresentadas pelo paciente, durante a administração e imediatamente após a infusão de quimioterápicos citotóxicos.

Em caso de não conformidade:
Em caso de agravamento do quadro, continuar seguindo as orientações médicas e se necessário encaminhar o paciente para uma unidade de emergência.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:
Em setembro de 2010 foi mudado o título devido à atualização da ITT AMB 05.1.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Cláudia Denísia de Brito Ronan de Abreu Ramirez	Enfermeira Enfermeira		Outubro/2008
Avaliado por	Cláudia Melo Franco	Enfermeira		Outubro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana Cangussú	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por	Ronan de Abreu Ramirez Antonieta Lourdes de Souza	Enf°. Coord. Ambulatório de QT Enfª. Comissão de ITT		Setembro/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Condutas em caso de reação á administração de quimioterápicos citotóxicos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 07.2	VDTE 016009	1ª em 09/2010	2 de 3

Bibliografia consultada:

BONASSA, E D. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica.** 3ª edição. São Paulo:Atheneu, 2005.

COREN DF- **Parecer Técnico 001/1994.** Dispõe sobre o preparo e administração de drogas citostáticas.

COFEN – **Resolução 210/1998.** Aprova as normas técnicas de biossegurança individual, coletiva e ambiental dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica.

FONSECA, S. M. et al. **Manual de quimioterapia antineoplásica.** Rio de Janeiro:Reichmam &Affonso editores, 2001.

Guia de Manejo de Drogas Oncológicas – ZODIAC – Divisão Oncológica.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

A) Em caso de reação sistêmica

1. Higienizar as mãos conforme NTCCIH 002/2007 e calçar luvas de procedimento;
2. orientar o paciente sobre as condutas a serem tomadas;
3. interromper imediatamente a infusão do quimioterápico;
4. instalar S.F. 0,9% para manutenção do acesso venoso;
5. acionar imediatamente o plantão médico;
6. aferir sinais vitais;
7. providenciar materiais de urgência/emergência;
8. assistir ao paciente conforme orientações médicas;
9. registrar a ocorrência da reação, sinais e sintomas apresentados e os procedimentos executados;
10. deixar o paciente seguro e confortável;
11. higienizar as mãos conforme NTCCIH 002/2007;
12. assinar e carimbar.

B) Em caso de reação local

1. Higienizar as mãos conforma NT CCIH 002 e calçar luvas de procedimento;
2. interromper imediatamente a infusão do quimioterápico e orientar o paciente sobre as condutas a serem tomadas;
3. avaliar os sinais e sintomas apresentados (dor, rubor, hiperemia no trajeto venoso, urticária, prurido);
4. avaliar o retorno venoso;
5. na ausência de retorno venoso, retirar o cateter e puncionar novo acesso, conforme ITT correspondente;
6. durante a infusão de drogas irritantes (ANEXO M), se o paciente queixar-se de ardor, queimação ou dor no trajeto venoso, infundir concomitantemente S.F.0,9%, gota-a-gota, na segunda via do extensor/tree- way, ou diminuir a velocidade de infusão da droga;
7. manter observação freqüente do acesso venoso;
8. deixar o paciente seguro e confortável;
10. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
11. registrar a ocorrência da reação, sinais e sintomas apresentados e os procedimentos executados;

12. assinar e carimbar.

ANEXO M

DROGAS IRRITANTES	DROGAS VESICANTES
Carmustina	Dacarbazina
Dacarbazina	Dactinomicina
Daunorrubicina	Daunorrubicina
Etoposide	Doxorrubicina
Gencitabina	Epirrubicina
Ifosfamida	Idarrubicina
Irinotecano	Lomustina
Mitomicina	Mercaptopurina
Mecloretamina	Mitomicina
Melfalano	Vimblastina
Paclitaxel	Vincristina
Streptozocin	Vinorelbine
Teniposide	
Thiotepa	

FIM

Título: Manutenção dos dispositivos intravasculares venosos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Ao manusear o dispositivo ou o sistema de infusão acoplado ao mesmo.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:
01 bandeja de inox;
02 bolas de algodão;
01 máscara facial descartável (para cateter central);
02 agulhas 25 X 7 cm;
01 seringa de 10ml;
01 ampola de soro fisiológico 0.9% de 10 ml;
01 cobertura de filme de Poliuretano;
01 agulha de Huber (especial para punção de cateter totalmente implantável);
01 frasco de soro fisiológico 0,9 % de 500 ml com o equipo acoplado ou a seringa com a medicação prescrita;
02 pacotes de gaze estéril;
02 luvas de procedimento;
01 almotolia com Álcool a 70%;
01 par de luvas estéril;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4, 3/4 e 4/4.

Resultado esperado:
Manter um acesso vascular pérvio isento de contaminação por microorganismo pelo tempo necessário ao longo do tratamento proposto**.**

Em caso de não conformidade: vide página 2/4.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

Histórico da revisão: vide página 2/4

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma de Figueiredo Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006
Avaliado por	Clara Marize Carlos Cláudia Melo Franco Gislene Canazart de Oliveira Glauciane Ferreira Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado Nelma de Jesus Braz	Enfermeira Enfermeira da CCIH		Setembro/2008 Setembro/2010
Revisado por	Silma Mª. Cunha P. Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfa. Profa. Dra. EEUFMG Enfa. Profa. Dra. EEUFMG Enfa. Comissão ITT		Agosto/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Manutenção dos dispositivos intravasculares venosos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	2 de 4

Em caso de não conformidade:

Em caso de dispositivos periféricos curtos obstruídos ou vencidos, retirá-los e puncionar novo acesso;

Em caso de dispositivo central apresentar diminuição da vazão, avaliar, lavar com 10 ml de soro fisiológico em adultos e 5ml em crianças, fazendo leve pressão e aspirando em seguida. Somente no caso de cateter totalmente implantado, tentar desobstruir conforme ITT específica, nos demais notificar o médico.

Em caso de perfurar ou quebrar o dispositivo central intermediário ou parcialmente implantado, pegar uma pinça não dentada e colocá-la entre a área danificada e o local de inserção do dispositivo, cobrir a área danificada com uma gaze estéril e fita fixando-a com segurança. Não utilizar o dispositivo. Notificar ao médico.

Bibliografia consultada:

BONASSA. E. M. A. & SANTANA, T.R. **Enfermagem em terapêutica oncológica.** 3ª edição. Atheneu. São Paulo. 2005.

BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

NOGAROTO, S. L & PENNA, T.C.U. **Desinfecção e esterilização.** Atheneu. São Paulo. 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 5ª** ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. CCIH – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle –** 2ª ed. Médica e científica LTDA. Belo Horizonte, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Diretoria Técnica de Enfermagem. DTE. **Protocolo de manipulação de dispositivo venoso central de longa permanência tuneilizado.** Belo Horizonte, 2001**.**

Histórico da revisão: Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.

Modificado os itens: Condições necessárias, Em caso de não conformidade, os números 12, 22, 23 e 26 da Descrição da Instrução de Trabalho e acrescentado o item 18.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica ou do enfermeiro e identificar qual o cuidado a ser realizado;
2. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
3. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
4. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
6. separar e preparar os materiais conforme o cuidado a ser realizado;

Título: Manutenção dos dispositivos intravasculares venosos

7. levar os materiais para a unidade do paciente e colocá-los sobre a mesa de cabeceira;
8. calçar as luvas de procedimento e colocar a máscara facial descartável (em caso de dispositivo central);
9. identificar o local e o tipo de dispositivo
   - 9.1. periférico
     - 9.1.1. dispositivo agulhado (ex. escalp);
     - 9.1.2. dispositivo sobre agulha (ex. jelco);
   - 9.2. central
     - 9.2.1. curta permanência – percutânea e umbilical
     - 9.2.2. intermediário – de inserção periférica – PICC;
     - 9.2.3. longa permanência - parcialmente implantado – Broviac – Hickman e Permeath - totalmente implantado – Port;
   - 9.3. dispositivo arterial – PIA (ver ITT correspondente);
10. manter a cabeça do paciente preferencialmente virada para o lado oposto do dispositivo e orientá-lo a não falar durante o procedimento (se subclávia ou jugular);
11. sempre manusear o dispositivo com delicadeza, tomando os devidos cuidados para evitar tração ou deslocamento do mesmo. Evitar o uso de múltiplas linhas;
12. proceder a desinfecção do dispositivo, das conexões e da tampa do intermediário, utilizando o algodão ou lâmina de gaze embebida em álcool a 70% durante 30 segundos;
13. fechar os clamps do equipo e do dispositivo ou da via do dispositivo que será utilizada;
14. retirar a tampa ou abrir a conexão protegendo a ponta do equipo com uma agulha estéril encapada;
15. conectar ao dispositivo, o equipo ou a seringa para administração de fluidos, hemocomponentes, nutrição parenteral e medicamentos;
16. abrir os clamps, injetar a medicação (se seringa), ou controlar a infusão conforme a prescrição médica, se soroterapia ou outros medicamentos;
17. após o término do medicamento, fechar os clamps, retirar a seringa ou desconectar o equipo (se medicamento em bolsa);
18. lavar o dispositivo com soro fisiológico 0,9% sendo 10ml no adulto e 05ml em crianças;
19. reconectar a solução anterior e controlar a vazão prescrita ou heparinizar/salinizar conforme ITT correspondente;
20. revisar se os clamps estão devidamente abertos ou fechados, se as tampas dos dispositivos estão devidamente protegidas e se o sistema de infusão está em perfeito funcionamento;
21. em caso de crianças ou adultos confuso-agitados providenciar ou certificar-se da imobilização segura do dispositivo;
22. proteger o dispositivo durante o banho com cobertura impermeável. Pacientes com dispositivo central devem evitar lavar os cabelos, usar a ducha para o banho de aspersão evitando dirigir o jato d'água diretamente sobre o local do curativo;
23. em curativos realizados com gaze e adesivos microporosos, trocá-los diariamente ou se estiverem úmidos, sujos ou soltos, utilizando técnica asséptica. Curativos realizados com filme transparente (Tegaderm) trocá-los a cada 07 dias ou se estiver úmidos, sujos ou soltos (ver ITT correspondente). A CCIH recomenda que a troca dos curativos de acesso central seja feita pelo enfermeiro;
24. observar o sítio de inserção do cateter para detecção de sinais flogísticos ou infecciosos;
25. evitar aferir pressão arterial não invasiva no membro com dispositivos intravasculares;
26. trocar cateteres venosos periféricos e equipos a cada 96horas;
27. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;

Título: Manutenção dos dispositivos intravasculares venosos

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.1	VDTE 016009	1ª em 09/2010	4 de 4

28. desprezar o material usado no expurgo, atentando para o descarte dos pérfuros cortantes em recipiente específico;
29. retirar as luvas, a máscara e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
30. registrar no prontuário a data, a hora, o procedimento realizado, a solução usada, a vazão em curso se houver e o local de inserção;
31. assinar e carimbar.

FIM

Título: Coleta de sangue pelo dispositivo venoso central

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Mediante solicitação de pedido de exame médico.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico Propedêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:
01 pedido de exame médico;
01 par de luvas estéril;
01 agulha 25x8;
01 caneta;
01 cateter venoso central previamente instalado (exceto PICC); 01 ampola de SF 0,9%;
05 unidades de gazinha estéril;
01 cuba rim;
01 almotolia de Álcool 70%
02 luvas de procedimento;
02 seringas estéreis de 03, 05 ou 10 ml;
01 máscara facial descartável;
01 frasco específico para o exame, fornecido pelo laboratório (1 ou mais dependendo do pedido).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Amostra de sangue coletada do cateter venoso central, com técnica asséptica e corretamente identificada.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão: Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Larissa Vilela Florindo Ana Claudia Nascimento de Carvalho Letícia Gonçalves Diniz	Acadêmica de Enfermagem Acadêmica de Enfermagem Acadêmica de Enfermagem		Março/2007
Avaliado por	Antonieta Lourdes Souza Cristiane Alves dos Reis Lúcia F.R. Moreira Rosana Lima de Souza Glauciane F. Procópio	Enfermeira Enfermeira Professora Enfermeira Enfermeira		Abril/2007 e Maio/2008 Abril/2007 Maio/2008 Junho/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Maria Letícia B. Braga Viviane Rosado Nelma de Jesus Braz	Enfermeira CCIH Enfermeira da CCIH Enfermeira da CCIH		Janeiro/2009 Setembro/2010
Revisado por	Silma Mª. Cunha P. Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfª. Profª.Dra. EEUFMG Enfª. Profª.Dra. EEUFMG Enfª. Comissão ITT		Agosto/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	2 de 3

Em caso de não conformidade:
Volume de sangue inexistente ou insuficiente, proceder registro formal no pedido de exame e no prontuário do paciente e comunicar formalmente ao médico assistente ou ao médico de plantão.

Bibliografia consultada:
APECIH. I**nfecção Associada ao uso de cateteres vasculares.** São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 3 a. ed. 2005.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
Guideline Europeu e **CDC 2007/8.**
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a existência da solicitação médica e se esta está preenchida adequadamente, com os dados do paciente, número do leito, registro, clínica, hipótese diagnóstica e tipo de exame solicitado;
2. verificar se o paciente esta em uso de antibiótico. Caso afirmativo, anotar no pedido qual o medicamento, a dose usada e a hora da última aplicação;
3. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
4. separar e preparar os materiais: identificar o frasco de coleta com nome do paciente, nº. do registro, leito, data, material e qual lúmen, se tiver mais de uma via;
5. levar os materiais para a unidade do paciente e colocá-los sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
6. apresentar-se ao paciente e ou acompanhante;
7. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
8. explicar o procedimento para o paciente e ou acompanhante;
9. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
10. colocar a máscara facial;
11. abrir todo o material com técnica asséptica e deixá-lo sobre o carrinho de curativo;
12. aspirar à ampola de solução fisiológica e manter a seringa protegida com sua própria embalagem e com a agulha usada encapada;
13. calçar luvas de procedimento, se for colher em mais de um lúmen, colher um de cada vez;
14. friccionar álcool 70% utilizando gaze estéril por 03 vezes durante 20 segundos nas tampas de vedação, nas extensões, e nos clampes;
15. proteger o contato entre a conexão e a superfície com uma gaze estéril;
16. retirar as luvas de procedimento;
17. interromper medicação em infusão e clampar o cateter; no caso de múltiplos lumens, garantir o fechamento de todos eles;
18. higienizar as mãos friccionando álcool 70%;

Título: Coleta de sangue pelo dispositivo venoso central

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	3 de 3

19. calçar as luvas estéreis;
20. desconectar o equipo ou dupla via e proteger sua ponta com agulha encapada;
21. abrir o sistema para coleta, preferencialmente direto no lúmen do cateter ou extensor, deixando a via de tree-way como última opção;
22. conectar a seringa de 3 ml ao cateter e abrir o clamp do mesmo;
23. aspirar 3 ml de sangue, fechar o clamp, retirar a seringa e desprezá-la na cuba rim;
24. conectar outra seringa, abrir o clamp, aspirar o volume de sangue e fechar o clamp
    23.1 adultos: colher 8 a 10 ml de sangue de cada via – volume ideal, porém, se aceita colher de 5 a 8 ml;
    23.2 crianças: colher 1 a 3 ml de cada via – volume ideal, porém, se aceita colher 0,5 a 1 ml;
25. retirar a seringa do cateter, conectar a agulha na seringa e introduzir o sangue coletado no frasco cedido pelo laboratório. Para hemocultura de cateter, colher somente no frasco para aeróbio;
26. conectar a 3ª seringa preenchida com SF 0,9%, abrir o clamp e injetar 10 ml no adulto e 5 ml em crianças;
27. fechar o clamp e reconectar o sistema, abrir os clamps e retornar a medicação com a velocidade de infusão anterior;
28. homogeneizar o frasco de hemocultura;
29. reconferir os dados de identificação do(s) frasco(s) nome, registro, data, hora, leito;
30. deverá ser colhida também amostra de sangue de via periférica (por punção) em caso de hemocultura. Pedir funcionária da coleta;
31. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
32. desprezar o material no expurgo atentando para o descarte em recipiente especifico dos pérfuros cortantes;
33. retirar as luvas, a máscara e higienizar as mãos;
34. encaminhar a amostra para o laboratório juntamente com a solicitação do exame;
35. registrar no prontuário a data, a hora, o tipo de exame, em quais ou quais lumens e a quantidade aspirada;
36. assinar e carimbar.

FIM

Título: Desobstrução de dispositivo totalmente implantado

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.3	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 2

Quem:
Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Quando:
Na ausência de retorno venoso.

Onde:
No Ambulatório de Quimioterapia.

Condições necessárias:
1 seringa de 5 ml;
2 seringas de 10 ml;
2 agulhas 25/8;
2 ampolas de S.F. 0,9%.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Desobstrução segura do cateter totalmente implantado.

Em caso de não conformidade:
Caso persista a obstrução do cateter encaminhar o paciente ao médico responsável.

Bibliografia consultada:
BONASSA, E D. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica.** 3ª edição. São Paulo: Atheneu, 2005.
COFEN – **Resolução 210/1998.** Aprova as normas técnicas de biossegurança individual, coletiva e ambiental dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica.
COREN DF- **Parecer Técnico 001/1994.** Dispõe sobre o preparo e administração de drogas citostáticas.

Histórico da revisão: Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.
Modificado os itens Onde e os números 2 e 3 da Descrição da Instrução de Trabalho.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Cláudia Denísia de Brito Ronan de Abreu Ramirez	Enfermeira Enfermeiro		Outubro/2008
Avaliado por	Cláudia Melo Franco	Enfermeiro		Outubro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado Maria Letícia B. Braga	Enfermeira Enfermeira da CCIH		Novembro/2008 Setembro/2010
Revisado por	Ronan de Abreu Ramirez Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Ronan de Abreu Ramirez Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza		Agosto/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Desobstrução de dispositivo totalmente implantado

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.3	VDTE 016009	1ª em 08/2010	2 de 2

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Se não houver retorno venoso, após a punção do cateter totalmente implantado conforme ITT correspondente, conectar a seringa de 5 ml, na tentativa de aspiração. Se persistir a ausência do retorno venoso, fechar o clamp da agulha de Hubber e retirar a seringa;
2. não utilizar seringa de insulina (1 ml) devido à pressão exercida pela mesma, podendo implicar na fratura do cateter;
3. conectar a seringa de 10 ml contendo o SF 0,9%, abrir o clamp, tentar injetar 2 ml não fazer pressão, fechar o clamp e desconectar a seringa;
4. conectar novamente a seringa de 5 ml, abrir o clamp e aspirar, exercendo pressão negativa várias vezes
   4.1 se desobstruído, passar para o item 6;
   4.2 se não desobstruído, repetir o item 3;
5. aspirar novamente com cuidado exercendo pressão negativa
   5.1 se desobstruído, passar para o item 6;
   5.2 se não desobstruído, encaminhar o paciente ao médico responsável para que sejam tomadas as devidas providências;
6. retirar a seringa com o sangue aspirado e desprezá-la na caixa de lixo infectante;
7. lavar o dispositivo com 10 ml de SF 0,9% em push;
8. iniciar a infusão ou heparinizar o dispositivo conforme ITT correspondente;
9. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
10. registrar o procedimento, assinar e carimbar.

FIM

Título: Retirada de acesso venoso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.4	VDTE 016090		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Ao final da terapia intravenosa, a cada 72 horas de forma rotineira ou na presença de complicações (flebites, infiltrações).

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Serviço de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições Necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
1 pacote de curativos, se acesso venoso central;
02 luvas de procedimento;
1 par de luvas estéreis, se for coletar ponta para exame;
02 bolas de algodão umedecido em álcool a 70%;
1 pacote de gaze estéril, se acesso venoso central. Se for coletar, ponta do dispositivo para exame, ver ITTs de retirada de ponto e coleta de secreção para exame.
01 máscara facial descartável se cateter central;
10 cm de esparadrapo ou micropore;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado Esperado:
Retirada do dispositivo o mais precocemente possível após o término da terapia intravenosa ou na presença de complicações ou a cada 72 horas nos para evitar complicações locais.

Em caso de não conformidade: vide página 2/3

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Ângela Aparecida Lima Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Monica Ribeiro Canhestro Cláudia Melo Franco Caroliny Alves Pessoa Glauciane Fonseca	Professora Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Maio/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Retirada de acesso venoso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.4	VDTE 016090		2 de 3

Em caso de não conformidade:
Em caso de sangramento fazer compressão local até cessar e realizar curativo local.

Bibliografia Consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa,** Porto Alegre, 2 ed., Artmed editora, 2001.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Belo Horizonte, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem. **Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento.** Belo Horizonte, 1998.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
2. separar o material, acomodar na bandeja e levar até o paciente;
3. identificar o paciente através da pulseira de identificação;
4. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
5. colocar a bandeja com o material na mesa de cabeceira do paciente;
6. posicionar o paciente seguro e confortavelmente;
7. calçar as luvas de procedimento (para cateter central colocar a máscara facial), expor o local onde está o dispositivo e certificar que o mesmo esteja clampado;
8. retirar as fitas adesivas ou curativo protetor, se houver, passando o algodão umedecido em álcool a 70%, expondo o local de inserção;
9. tipos de acesso

9.1 para acesso periférico

9.1.1 com a mão não-dominante, fazer leve pressão no sítio de inserção com o algodão úmido, e com a mão dominante, tracionar o dispositivo e aguardar um minuto;

9.1.2 limpar o local com algodão umedecido em álcool 70%, esperar secar e cobrir com fita de micropore;

9.2 para acesso central

9.2.1 fazer antissepssia e retirar os pontos conforme ITT correspondente;

9.2.2 se for colher ponta do dispositivo para exame, retirar as luvas de procedimento, higienizar as mãos e passar para a ITT de coleta de secreções para exames;

9.2.3 com a mão não dominante, fazer leve pressão no sítio de inserção com gaze umedecida em álcool a 70%, e com a mão dominante, tracionar o dispositivo e aguardar um minuto;

9.2.4 Certificar que não haja sangramento, cobrir com uma lâmina de gaze e fixar com micropore;

10. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;

Título: Retirada de acesso venoso

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 08.4	VDTE 016090		3 de 3

11. desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte de pérfuro cortante em recipiente específico;
12. retirar a máscara (caso tenha usado), as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
13. registrar a data, hora e detalhar o aspecto do local;
14. assinar e carimbar.

FIM

Título: Manuseio de bomba infusora - BI

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 09.1	VDTE 016009		1 de 6

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica, na instalação de fluidoterapia, para administração de medicamentos, de NPT, de hemoderivados ou hemocomponentes e dieta enteral.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Ambulância e Domicílio.

Condições necessárias:

01 Bomba de infusão com suporte e cabo de energia limpos e desinfetados;
01 suporte de soro ou bancada ou armário de cabeceira limpos e desinfetados;
01 fonte de energia 110V ou 220 (de acordo com orientação do fabricante);
01 prescrição médica para infusão em BI;
01 solução prescrita;
02 luvas de procedimento;
01 caneta;
01 impresso de anotações de enfermagem;
01 equipo de bomba compatível com o tipo de bomba;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/6 – 5/6.

Resultado esperado:
Manter a infusão medicamentosa prescrita contínua e exata em ML por Hora.

Em caso de não conformidade:
Em caso de alarmes identifica-los seguindo a orientação do fabricante, ex: oclusão, ar na linha, vazão livre, etc. Resolver o problema e revisar toda a instalação. Se persistir trocar a BI e/ou o acesso venoso.

Bibliografia consultada: vide página 2/6

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Gislene Canazart de Oliveira	Enfermeira		Maio 2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Julho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Manuseio de bomba infusora - BI

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 09.1	VDTE 016009		2 de 6

Bibliografia Consultada:
B BRAUN: **Infusomat® compact.** Disponível em: http://www.bbraun.com.br/index. Acessado em: 20/05/2009
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008**.**
Guia lifemed. – Disponível em: www.lifemed.com.br/modules/mastop_publish/? Acessado em 21/05/2009 –
SANTRONIC: Disponível em: http://www.samtronic.com.br/site/ Acessado em 20/05/2009.
TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição do trabalho

INÍCIO

1. Verificar prescrição médica;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento e a finalidade do mesmo;
4. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002 e calçar luvas de procedimento;
5. identificar a marca ou tipo de BI e o equipo compatível com a mesma;
6. separar os materiais e preparar a medicação conforme ITT correspondente;
7. levar o material até o paciente e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
8. colocar a BI sobre a mesa de cabeceira ou adaptá-la a um suporte de soro e evitar exposição direta do sensor de gotas à intensa iluminação natural ou artificial;
9. ligar o cabo de energia da BI na tomada de acordo com a orientação do fabricante;
10. ligar a chave liga/desliga localizada no painel traseiro da BI;
11. colocar o frasco com medicação no suporte de soro de 35-40 cm acima da BI ou na própria haste da mesma;
12. conectar o equipo na BI conforme marca e modelo (ANEXO 15)

    12.1 BI da B. BRAUN

        12.1.1 abrir a “porta” da BI pressionando a trava superior;

        12.1.2 a parte de silicone do equipo deve ser encaixada na BI da esquerda para a direita utilizando as peças dos intermediários de cada lado do silicone, ou seja, a extremidade do equipo que se conecta no dispositivo intravascular do paciente deve permanecer à direita da BI;

        12.1.3 ao sair da BI o equipo deve ser preso com uma trava;

        12.1.4 adaptar o sensor de gotejamento da BI à câmara de gotejamento do equipo;

    12.2 BI da LIFEMED – LF 2001

12.2.1 Colocar na fenda de encaixe superior o conector proximal do silicone da esquerda para a Direita (ANEXO 16);

12.2.2 deslizar o equipo sobre a roldana de movimento peristáltico, cobrindo sua volta;

12.2.3 puxar um pouco o conector distal do silicone para a esquerda e colocar na fenda de encaixe inferior também da esquerda para a direita;

12.2.4 conferir se o silicone esta firmemente posicionado, passar o equipo pelo sensor de ar e fechar a trava do mesmo;

12.2.5 encaixar o sensor da BI no centro do corpo da câmara gotejadora do equipo, acima do nível de solução existente em seu interior;

12.3 da SANTRONIC

12.3.1 acoplar o detector de gotas à câmara de gotejamento do equipo (ANEXO 17);

12.3.2 colocar o equipo da direita para a esquerda no mecanismo de propulsão da BI, utilizando os intermediários de cada lado do silicone do equipo. O intermediário próximo ao frasco solução é inserido na fenda direita; pressionar a tecla PURGAR duas vezes em sequência. A estrela irá girar a uma vazão de 205 ml/h; segurar o tubo e, acompanhando o movimento da estrela, inserir equipo sem esticá-lo;

12.3.3 pressionar a tecla PARADA/SILENCIO;

12.3.4 inserir o segundo intermediário na fenda esquerda;

12.3.5 inserir o tubo no sensor de ar de linha e prendê-lo atrás do pino de fixação do equipo;

12.3.6 abrir a pinça, pressionar PURGAR uma vez. A estrela irá girar a uma vazão de 600ml/h para preenchimento rápido do equipo. Retirar todo o ar do mesmo;

12.3.7 pressionar a tecla PARADA/SILENCIO e fechar a pinça;

13. conectar a extremidade do equipo ao dispositivo intravascular;

14. abrir o clampe do equipo ou do dispositivo intravascular;

15. a programação deve ser feita de acordo com o tipo de BI:

15.1 BI B.BRAUN

15.1.1 digitar a vazão prescrita pressionando as teclas referentes a números;

15.1.2 pressionar as teclas f e 2 e digitar o volume da solução preparada;

15.1.3 pressionar f para confirmar;

15.1.4 o display voltará a mostrar a vazão;

15.1.5 pressionar a tecla START/STOP para iniciar a vazão ou pará-la;

15.1.6 se aparecer AR NA LINHA e a BI alarmar

15.1.6.1 aclampar o equipo e desconectá-lo do dispositivo;

15.1.6.2 abrir a porta da BI, retirar o equipo da conexão da BI;

15.1.6.3 retirar a bolha de ar da região siliconada do equipo abrindo o clampe;

15.1.6.4 voltar a colocar o equipo na BI e seguir as etapas subseqüentes;

15.2 BI LIFEMED LF 2001

15.2.1 selecione o tipo de programação. Ex: Adulto/Neo;

15.2.2 confirmar o dado escolhido e avançar para a próxima etapa;

15.2.3 selecionar o valor numérico em ordem

15.2.3.1 crescente: tecla avança;

15.2.3.2 decrescente: tecla para;

15.2.4 movimentar o cursor para direita – tecla confirma;

15.2.5 movimentar o cursor para a esquerda – tecla início;

15.2.6 para saber os parâmetros da programação – vol. total, fluxo de infusão,e tempo de infusão – tecla avança;

15.2.7 para a interrupção do alarme sonoro – aperte a tecla para;

15.2.8 para mudança rápida de fluxo e para retornar às teclas anteriores – tecla início;

15.2.9 para interromper a programação por curto período – apertar a tecla "para" 1x;

15.2.10 para interromper a programação por tempo indeterminado – apertar a tecla "para" 2x;

15.3 SANTRONIC pode ser feito de 2 modos

15.3.1 Primeiro

15.3.1.1 o display superior exibe UOL e indicador acesso VOL LIMITE-ml;

15.3.1.2 digitar os valores utilizando as Teclas de Incrementação de valores;

15.3.1.3 pressionar a tecla ENTRAR para confirmar valor;

15.3.1.4 o display superior exibe HOUR e display inferior exibe 5 horas;

15.3.1.5 para alterar o Tempo Limite, usar as Teclas de Incrementação de valores e indicador acesso é de TEMPO LIMITE – hora. min.;

15.3.1.6 pressionar a tecla ENTRAR para confirmar valor;

15.3.1.7 o display superior exibe UEL e no display inferior exibe o resultado da vazão; o indicador acesso é de VAZÃO – ml/h;

15.3.1.8 pressionar a tecla ENTRAR para confirmar valor;

15.3.1.9 para iniciar a infusão, pressionar a tecla PARTIDA;

15.3.2 Segundo

5.3.2.1 o display superior exibe UOL e indicador acesso VOL LIMITE –ml

15.3.2.2 digitar os valores utilizando as Teclas de Incrementação de valores

15.3.2.3 pressionar a tecla ENTRAR para confirmar valor;

15.3.2.4 o display superior exibe HOUR e indicador acesso TEMPO LIMITE- hora. min

15.3.2.5 a display superior exibe UEL e indicador acesso VAZÃO – ml/h;

15.3.2.6 caso deseje alterar a vazão, utilizar as Teclas de Incrementação de valores;

15.3.2.7 pressionar a tecla ENTRAR para confirmar;

15.3.2.8 iniciar infusão pressionando a tecla PARTIDA;

16. para outras funções ver o manual do fabricante assim como para todas as indicações dos alarmes;

17. deixar o paciente seguro e confortável e a unidade em ordem;

18. manter conduta de inspeção periódica do equipamento quanto ao funcionamento, fluxo, alarmes, etc.;

19. manter sempre limpa e livre de obstruções a parte interna dos sensores e os roletes do rotor;

20. manter a BI sempre ligada à rede (inclusive quando não estiver em uso) a fim de garantir um

nível de carga

constante nas baterias da mesma;

21. retirar as luvas de procedimento e higienizar às mãos conforme NT CCIH 002;
22. registrar no prontuário a data, a hora de início, o fluxo e a modificação realizada;
21. assinar e carimbar.

ANEXO N – BI B. BRAUN

ANEXO O - BI LIFEMED LF

ANEXO P - BI SAMTRONIC

FIM

Título: Manuseio de bomba infusora - BI

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 09.1	VDTE 016009		6 de 6

Título: Manuseio da bomba infusora de seringa

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 09.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem;

Quando:
De acordo com a prescrição médica ou do enfermeiro.

Onde:
CTI Pediátrico e Neonatologia, Pediatria e Centro Cirúrgico;

Condições necessárias:

Prescrição do paciente
01 seringa com a medicação ou dieta de 10ml, 20ml ou 50ml
01 fonte de energia (110/220 v)
01 bateria recarregável
01 bomba de seringa e cabo de energia
01 extensor de 20, 40 ou 60 cm
01 seringa de 10ml, 20ml ou 50ml, observando o volume final da medicação ou dieta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide pagina 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Administração segura e exata de medicamentos e dietas.

Em caso de não conformidade:
Em caso de funcionamento anormal ou queda do aparelho, substitui-lo imediatamente. Identificar o problema por escrito e afixar na bomba, encaminhá-la ao expurgo e comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada:
Santronic Inferion Systems. **Manual do usuário: REV02,** B**omba de Seringa ST670 ST680 ST690.** Fornecedor e fabricante: Santronic, Indústria e Comércio Ltda. – São Paulo – SR Brasil

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Larissa Vilela Florindo Ana Claudia Nascimento de Carvalho Letícia Gonçalves Diniz	Acadêmica de Enfermagem Acadêmica de Enfermagem Acadêmica de Enfermagem		Março/2007
Avaliado por	Antonieta Lourdes Souza Cristiane Alves dos Reis Caroliny Alves Pessoa Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Abril/2007 Maio/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Manuseio da bomba infusora de seringa

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 09.2	VDTE 016009		2 de 3

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

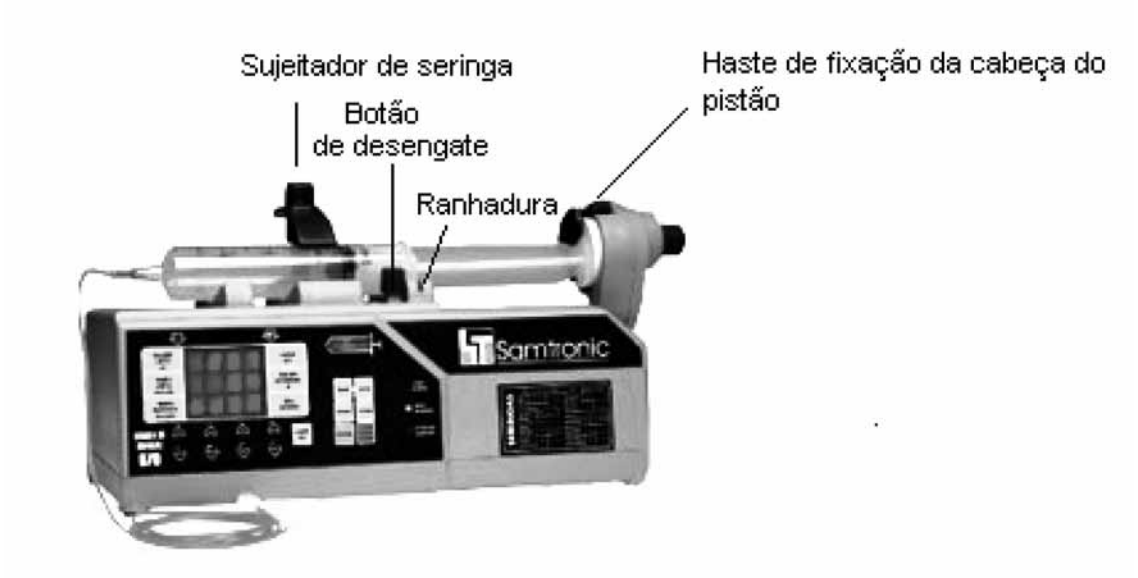


FIGURA 17 – Bomba Infusora de Seringa

1. Verificar a prescrição médica ou do enfermeiro;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar os materiais;
4. levar os materiais para a unidade do paciente e colocá-los sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de curativo;
5. identificar o paciente;
6. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
7. explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
8. aspirar o medicamento ou dieta;
9. conectar o extensor de cateter na seringa e preencher o extensor;
10. certificar que a seringa e o extensor não contenham ar;
11. identificar na bomba o local exato para colocar a seringa sendo, o êmbolo (móvel) e o corpo (fixo);
12. levantar o sujeitador de seringa e depois virar um quarto de volta para direita ou para a esquerda. Abrir o mecanismo de fixação (haste de fixação) da cabeça do pistão da seringa, no empurrador e encaixar a seringa;
13. apertar o botão de desengate e posicionar o empurrador em função do enchimento da seringa;
14. inserir e bloquear a cabeça do êmbolo da seringa junto à haste de fixação no empurrador e avançar até colocar a seringa dentro do seu alojamento, com as abas laterais dentro das ranhuras;

Título: Manuseio da bomba infusora de seringa

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 09.2	VDTE 016009		3 de 3

15. bloquear a seringa com o sujeitador;
16. pressionar o botão de desengate e o empurrador para frente;
17. soltar o botão de desengate;
18. ligar a bomba no dispositivo situado na parte posterior do painel;
19. verificar a instalação e conectar a linha de infusão ao paciente;
20. digitar o volume total da medicação ou dieta em ml e pressionar ENTER;
21. selecionar o tempo de infusão e pressionar ENTER;
22. selecionar na tela inferior direita do painel o tipo de seringa e pressionar ENTER 2 X;
23. ajustar a pressão da seringa:
    - 23.1 determinar o número do ajuste de pressão na tabela de seringas afixada na parte lateral da bomba
    - 23.2 colocar a seta branca do botão de ajuste (que se encontra na região posterior do empurrador) em uma das posições (1, 2 ou 3), de acordo com a tabela localizada na lateral da bomba;
24. pressionar RUN;
25. se for necessário alterar a vazão da medicação será necessário pressionar STOP e reprogramar a vazão. Itens de 18 a 22;
26. tipos de alarme
    - 26.1 caso o alarme da infusão soe, verificar se o acesso está pérvio, observar se o encaixe da seringa está correto, se a pressão está adequada ou se a medicação administrada cessou;
    - 26.2 caso soe o END, verificar se o tempo determinado para a administração da infusão chegou ao fim;
    - 26.3 caso soe o ERROR, verificar se o volume total, tempo de infusão e tipo de seringa estão corretos;
27. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
28. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
29. checar e rubricar o medicamento ou dieta sobre o horário no impresso de prescrição;
30. registrar no prontuário a data, à hora de início, a via, o local e se houver algum empecilho;
31. assinar e carimbar.

FIM

Título: Salinização do dispositivo endovenoso periférico paciente adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 10.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica. A cada 6hrs, antes e após administração de medicamentos e soluções, entre medicamentos incompatíveis e ao término da terapia contínua ou intermitente.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico e Propedêutica, Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:
Prescrição médica;
01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 seringa de 5 ml;
02 agulhas 25x7 ou 25x 8;
03 bolas de algodão;
01 tampa protetora para dispositivo venoso s/n;
02 luvas de procedimento;
01 almotolia com álcool a 70%;
01 ampola de 10 ml de Soro Fisiológico 0,9%.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Manter o dispositivo endovenoso pérvio para uso em medicações endovenosas intermitentes.

Em caso de não conformidade:
Havendo retorno de sangue para o cateter ou conector, repetir a operação.

Bibliografia consultada: Continua na página 2/3.
BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, d**e 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Angela Aparecida Nunes	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2006
Avaliado por	Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva Cláudia Melo Franco Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Moura	Enfermeira Enfermeira Enf. Auditora Professora Enfermeira		2006 Abril 2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	Vice Diretora Adjunta Vice Diretora Titular		Setembro/2006 Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Salinização do dispositivo endovenoso periférico paciente adulto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 10.1	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

ENFERMERÍA GLOBAL. **Recomendações para o uso de solução salina 0,9% em cateteres venosos periféricos.** www.um.es/eglobal/.Acessado em 25/11/2007.

FUJITA T., NAMIKI T., SUZUKI T., YAMAMOTO E., **Normal Saline Flushing for maintenance of periferal intravenous sites.** Journal of Clinical Nursing. V.15, p. 103-104, 2006

GONÇALVES, V.C.S., GUTIERREZ, M.G.R., GLASHAN, R.Q. **Manutenção de cateteres venosos periféricos de longa permanência com infusão intermitente.** Acta Paul. Enf., V.11, n. 3, p.79-91, 1998.

OLIVEIRA, FRANCIMAR T. **Resultados do emprego da solução salina em cateteres venosos periféricos.** Hospital Pró-Cardíaco; Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa**. Porto Alegre: 2 ed., Artmed, 2001.

SHAHPS, NG E, SINHA AK. **Heparina para prolongar o uso de cateter intravenoso periférico em neonatos (Cochrane Rewiew).** In: Bibliotheca Cochrane Plus, Issue 3, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar a ampola de NaCl 0,9%, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento;
5. aspirar 5 ml de S.F 0,9%
6. colocar a bandeja com o material na mesa de cabeceira do paciente;
7. calçar as luvas de procedimento;
8. interromper a infusão do soro (após suspensão pelo médico), ou terminar a administração do medicamento;
9. fazer desinfecção da conexão com algodão umedecido com álcool à 70%;
10. fechar a pinça da linha de infusão;
11. dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo endovenoso (conector de 2 vias ou three way) e desconectar o sistema de infusão instalado;
12. proteger a ponta do equipo com agulha 25x7 ou 25x8 ou tampa própria;
13. adaptar a seringa com 5ml de S.F. 0,9% e fazer a infusão de 4ml de S.F. (2ml para lavar o cateter e 2 ml para salinização), mantendo sempre o êmbolo pressionado com o volume restante de 1ml;
14. dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo, retirar a seringa e conectar a tampa ao canhão do mesmo;
15. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
16. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. registrar no prontuário a data, a hora, a solução usada e a quantidade injetada;
18. assinar e carimbar.

FIM

Título: Salinização do dispositivo endovenoso periférico paciente pediátrico e neonatal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 10.2	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica. A cada 6hrs, antes e após administração de medicamentos e soluções, entre medicações incompatíveis e ao término da terapia contínua ou intermitente.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Prescrição médica
01 cuba rim limpa e desinfetada
01 seringa de 1ml, ou 3 ml
02 agulhas 25x7 ou 25x 8
03 bolas de algodão
01 bandeja inox limpa e desinfetada
01 tampa protetora para dispositivo venoso s/n
02 luvas de procedimento
01 almotolia com álcool a 70%
01 ampola de 10ml de Soro Fisiológico

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2

Resultado Esperado:
Manter o dispositivo endovenoso pérvio para uso em medicações endovenosas intermitentes.

Em caso de não conformidade:
Em caso de refluxo de sangue no cateter lavá-lo imediatamente mesmo que não esteja dentro do horário previsto. Se encontrar resistência ou o cliente apresentar fácies ou queixa de dor, parar imediatamente a infusão e trocar o dispositivo de acesso venoso. Se não encontrar resistência, verificar sinais de infiltração enquanto injetar devagar o soro fisiológico. Se houver infiltração trocar o dispositivo de acesso venoso.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2

BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Caroliny Alves Pessoa Glauciane Fonseca Procópio	Enfermeira Enfermeira		Maio/2008
Avaliado por	Mônica Ribeiro Canhestro Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Junho/2008 Junho/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Julho /2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Setembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Salinização do dispositivo endovenoso periférico paciente pediátrico e neonatal

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 10.2	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

ENFERMERÍA GLOBAL. **Recomendações para o uso de solução salina 0,9% em cateteres venosos periféricos.** www.um.es/eglobal/.Acessado em 25/11/2007.

FUJITA T., NAMIKI T., SUZUKI T., YAMAMOTO E., **Normal Saline Flushing for maintenance of periferal intravenous sites.** Journal of Clinical Nursing. V.15, p. 103-104, 2006

GONÇALVES, V.C.S., GUTIERREZ, M.G.R., GLASHAN, R.Q. **Manutenção de cateteres venosos periféricos de longa permanência com infusão intermitente.** Acta Paul. Enf., V.11, Nº. 3, p.79-91, 1998.

OLIVEIRA, FRANCIMAR T. **Resultados do emprego da solução salina em cateteres venosos periféricos.** Hospital Pró- Cardíaco; Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa. P**orto Alegre: 2 ed., Artmed, 2001.

SHAHPS, NG E, SINHA AK. **Heparina para prolongar o uso de cateter intravenoso periférico em neonatos (Cochrane Rewiew).** In: Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar a ampola de NaCl 0,9%, obedecendo a regra dos 5 certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade do medicamento;
5. aspirar 1 ml de SF 0,9% se perfusor de 20 cm ou 3 ml se perfusor de 40 ou 60 cm;
6. colocar a cuba rim com o material na mesa de cabeceira do paciente;
7. calçar as luvas de procedimento;
8. interromper a infusão do soro (após suspensão pelo médico), ou terminar a administração do medicamento;
9. fazer desinfecção da conexão com algodão umedecido com álcool à 70%;
10. fechar a pinça da linha de infusão;
11. dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo endovenoso (perfusor de 20, 40 ou 60 cm) e desconectar o sistema de infusão instalado;
12. proteger a ponta do equipo com agulha 25x7 ou 25x8 ou tampa própria;
13. adaptar a seringa com 1ml de S.F. 0,9% para o perfusor de 20 cm e fazer a infusão de 0,8ml de S.F. (0,4ml para lavar o cateter e 0,4 ml para salinização), mantendo sempre o êmbolo pressionado com o volume restante de SF; 0,2ml;
14. adaptar a seringa com 3ml de S.F. 0,9% para o perfusor de 40 ou 60 cm e fazer a infusão de 2ml de S.F.0,9% (1ml para lavar o cateter e 1ml para salinização), mantendo sempre o embolo pressionado com o volume restante de 1ml;
15. dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo, retirar a seringa e conectar a tampa ao canhão do mesmo;
16. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
17. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
18. registrar no prontuário a data, a hora, a solução usada e a quantidade injetada;
19. assinar e carimbar.

FIM

Título: Heparinização do dispositivo endovenoso periférico paciente adulto

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 11.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica. A cada 6h, após administração de medicamentos e soluções e quando a terapia contínua mudar para intermitente.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico e Propedêutica e Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:
Prescrição médica;
01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
02 seringas de 5 ml;
01 seringa de 10 ml;
02 agulhas 25x7 ou 25x 8;
03 bolas de algodão;
01 tampa protetora para dispositivo venoso (opcional);
02 luvas de procedimento;
01 ampola de água destilada 10 ml;
01 almotolia de Álcool a 70%;
01 frasco de Heparina 5000 UI/ml;
01 ampola de 10 ml de Solução Fisiológica (NaCl 0,9%).

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Manter o dispositivo endovenoso pérvio para uso de medicações endovenosas intermitentes.
Em caso de não conformidade:
Havendo retorno de sangue para o cateter ou conector, repetir a operação.

Bibliografia consultada:
BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
GONÇALVES, V.C.S., GUTIERREZ, M.G.R., GLASHAN, R.Q. **Manutenção de cateteres venosos periféricos de longa permanência com infusão intermitente.** Acta Paul. Enf., V.11, No 3, p.79-91, 1998.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Amália Augusta Nunes Angela Aparecida Nunes Antonieta Lourdes de Moura Lúcia Fátima R. Moreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Professora		Agosto/2006 Agosto/2008
Avaliado por	Maria Bárbara Alves Rosaura das Graças Silva Mônica Ribeiro Canhestro Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Professora Enf. Auditora		2006 Abril 2008 Agosto/2008
Aprovado por	Dionéia de Paula Bodevan Leonor Gonçalves	Vice DTE Adjunta Vice DTE Titular		Setembro/2006 Julho/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Heparinização do dispositivo endovenoso periférico paciente adulto

Data da emissão:	Número da ITT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 11.1	VDTE 016009		2 de 2

PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa.** Porto Alegre: 2 ed., Artmed, 2001.
SHAHPS, NG E, SINHA AK. **Heparina para prolongar o uso de cateter intravenoso periférico em neonatos** (Cochrane Rewiew). In: Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Geral.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar os medicamentos obedecendo à regra dos cinco certos: medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa e via certa;
4. verificar a data de validade dos medicamentos, se vencido substituir o mesmo e devolvê-lo à farmácia;
5. preparar as soluções
   - 5.1 escolher seringa de cinco ou 10 ml de acordo com o calibre do dispositivo venoso e tamanho do extensor e fazer a solução
     - 5.1.1 0,2ml de Heparina 5000UI/ml diluída em 9,8ml de Água bidestilada;
     - 5.1.2 0,1ml de Heparina 5000UI/ml diluída em 4,9ml de Água bidestilada;
   - 5.2 aspirar 3 ml de SF 0,9% na segunda seringa;
6. acomodar o material na bandeja e levar para a Unidade do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira do mesmo;
7. calçar as luvas de procedimento;
8. interromper a infusão do soro, terminar a administração do medicamento ou seguir o horário aprazado;
9. fazer desinfecção da conexão com algodão umedecido com álcool a 70%;
10. fechar a pinça da linha de infusão;
11. dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo endovenoso (conector de duas vias ou three way) e desconectar o sistema de infusão instalado;
12. proteger a ponta do equipo com sua própria tampa ou agulha 25x7 ou 25x8 encapada;
13. realizar a heparinização
    - 13.1 adaptar a seringa com 3 ml de SF 0,9% ao conector e injetar dois ml mantendo sempre o êmbolo pressionado com o volume restante;
    - 13.2 dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo e retirar a seringa;
    - 13.3 conectar a outra seringa com solução heparinizante ao dispositivo;
    - 13.4 injetar 2 ml da solução heparinizante, mantendo sempre o êmbolo pressionado;
    - 13.5 dobrar ou clampar a parte distal do dispositivo, retirar a seringa e conectar a tampa ao canhão do mesmo;
14. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
15. desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte de ampolas, frascos e seringas com agulhas na caixa específica para perfuro cortante;
16. retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. checar o medicamento no impresso de prescrição do paciente, ticando e anotando o nome legível sobre o horário do mesmo no impresso de prescrição;
18. registrar no prontuário a data, a hora e se houve algum empecilho ou queixa do paciente;
19. assinar e carimbar.

FIM

Título: Heparinização de dispositivo intravascular central

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 11.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme prescrição médica.
Após termino de administração de fluidos, medicamentos e hemocompontes. Não existe uma definição exata quanto ao aprazamento das heparinizações, a literatura apresenta intervalos de aplicações de duas vezes por dia a uma vez por mês.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios e Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica.

Condições necessárias:

01 bandeja de inox limpa e desinfetada;
01 frasco de Heparina a 5000u/ml;
02 ampolas de água destilada de 10 ml;
02 seringas 5 ml;
01 seringa 10 ml;
01 agulha 25x7 cm e 01 agulha 25x8 cm;
01 pacote de gaze estéril
01 almotolia de álcool 70%;
02 luvas de procedimento;
02 tampas estéreis tipo Luer para dispositivo (de preferência puncionáveis);
01 máscara facial descartável;
01 agulha de Hubber se PORTs.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Manter o acesso vascular pérvio pelo tempo necessário para o tratamento proposto.

Em caso de não conformidade:
Em caso de dificuldade em aspirar ou injetar, pedir avaliação do enfermeiro ou médico.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão: vide página 2/3

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Sousa Anna Alessandra Mattos de Meira	Enfermeira Enfermeira		Setembro/2006
Avaliado por	Clara Marise Carlos Lúcia de Fátima R. Moreira Rosana Lima de Souza	Enfermeira Professora Enfermeira		Novembro/2006 Maio / 2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	Vice DTE Adjunta Vice DTE Titular		Fevereiro/2007 Outubro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado Janita Ferreira	Enfermeira Enfermeira da CCIH		Novembro/2008 Setembro/2010
Revisado por	Silma M. Cunha P. Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfª. Profª.Dra. EEUFMG Enfª. Profª.Dra. EEUFMG Enfª. Comissão ITT		Agosto/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Heparinização de dispositivo intravascular central

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 11.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	2 de 3

Histórico da revisão: Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEU-FMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.

Bibliografia consultada:

BONASSA. E.M. A & SANTANA, T.R. **Enfermagem em Terapêutica**

BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

NOGOROTO, S.L. & PENNA, T.C.V. **Desinfecção e esterilização.** Atheneu. São Paulo, 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. DTE. **Protocolo de manipulação de dispositivo venoso central de longa permanência tuneilizado.** Belo Horizonte, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. HC/UFMG – CCIH – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle** – 2ª ed. Médica e científica LTDA. Belo Horizonte, 2001.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica e do enfermeiro;
2. identificar o paciente, através da pulseira de identificação;
3. apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
5. separar, preparar e levar os materiais para a unidade do paciente;
6. colocar sobre a mesa de cabeceira e/ou carrinho de curativo;
7. colocar a máscara facial e calçar as luvas de procedimento;
8. identificar o tipo de dispositivo
   - 8.1 de curta permanência
     - 8.1.1 percutâneo (intracath) e epicutâneo;
     - 8.1.2 umbilical;
   - 8.2 de longa permanência
     - 8.2.1 parcialmente implantáveis ou tuneilizados (Broviac e Hickman);
     - 8.2.2 totalmente implantáveis (Ports);
9. preparar a solução de heparina – 100u/ml, ou seja, 0,1 ml de heparina (5.000u/l) + 4,9 ml de água destilada;
10. abrir a embalagem das seringas de 5 ml e 10 ml e da agulha 25x8;
11. aspirar a ampola de solução fisiológica e deixar protegida;
12. fazer assepsia utilizando a lâmina de gaze embebida em álcool a 70%, realizar fricção por 20 segundos das conexões dispositivo-tampa, dispositivo – equipo, dispositivo intermediário ou

Título: Heparinização de dispositivo intravascular central

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 11.2	VDTE 016009	1ª em 08/2010	3 de 3

do botão subcutâneo se dispositivo totalmente implantado (neste caso passe para o item 18.2);

13. Fechar os clamps do equipo e do dispositivo ou da via do dispositivo que será heparinizada;
14. retirar a tampa ou abrir a conexão com o dispositivo ou via a ser heparinizada;
15. adaptar a seringa de 5 ml ao dispositivo e abrir o clamp;
16. em dispositivos previamente heparinizados, aspirar 4 ml no adulto e 2 ml em crianças, fechar o clamp e desprezar a seringa com sangue na bandeja;
17. adaptar a seringa com a solução fisiológica e injetar 10 ml no adulto e 5 ml em crianças e fechar o clamp;
18. trocar a seringa pela outra de 5 ml contendo a solução de heparina, abrir os clamps e injetar
    18.1 para dispositivo parcialmente implantado – 2 ml da solução de heparina a 100u/ml semanalmente;
    18.2 para dispositivo central totalmente implantado - consultar ITT correspondente;
19. fechar os clamps mantendo a pressão positiva e colocar nova tampa estéril;
20. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
21. desprezar o material no expurgo atentando para o descarte em lixo específico os pérfuro cortantes;
22. retirar as luvas, a máscara e higienizar as mãos;
23. registrar no prontuário a data, a hora, a solução usada e a quantidade injetada;
24. assinar e carimbar.

.

FIM

Título: Heparinização de dispositivo totalmente implantado

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 11.3	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 2

Quem:
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Quando:
Após uso do cateter ou a cada 28 dias.

Onde:
Nas unidades de internação, Pronto Atendimento, Ambulatórios e Centro de Tratamento Intensivo.

Condições necessárias:

Pacote de curativo;
02 seringas de 05 ml;
02 luvas de procedimentos;
01 seringa de 10 ml;
almotolia com álcool a 70%;
02 ampolas de água bidestilada;
almotolia com Clorexidina alcoólica 0,5%;
01 ampola de SF 0,9%
almotolia com Clorexidina degermante;
01 agulha de Hubber ou 01 scalp nº. 21;
01 pacote (5 unidades) de gazinhas estéreis;
01 fita adesiva hipoalergênica;
01 caixa de resíduos perfuro-cortantes;
01 máscara facial descartável;
01 frasco de Heparina Sódica;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Manter o acesso venoso pérvio pelo tempo necessário para o tratamento proposto.

Em caso de não conformidade:
Ausência de retorno venoso: Seguir orientações da IT: TER 08.3 – Desobstrução do dispositivo totalmente implantado

Bibliografia consultada: vide página 2/2.

Histórico da revisão:
Em junho/2010, por iniciativa da VDTE, foi solicitado aos professores da EEUFMG e posteriormente à CCIH, uma revisão geral de todas as ITs referentes ao uso de dispositivo intravascular central.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Cláudia Denísia de Brito Ronan de Abreu Ramirez	Enfermeiro Enfermeiro		Julho/2008
Avaliado por	Cláudia Melo Franco	Enfermeiro		Setembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado Janita Ferreira	Enfermeira Enfermeira da CCIH		Novembro/2008 Setembro/2010
Revisado por	Silma M. Cunha P. Ribeiro Mônica Ribeiro Canhestro Antonieta Lourdes de Souza	Enfª. Profª.Dra. EEUFMG Enfª. Profª.Dra. EEUFMG Enfª. Comissão ITT		Agosto/2010
Retirado por	n/a	n/a		n/a
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 11.3	VDTE 016009	1ª em 08/2010	2 de 2

Bibliografia consultada:
BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª edição. São Paulo: Atheneu, 2005.**
COFEN – **Resolução 210/1998.** Aprova as normas técnicas de biossegurança individual, coletiva e ambiental dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica.
COREN DF - **Parecer Técnico 001/1994.** Dispõe sobre o preparo e administração de drogas citostáticas.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição médica;
2. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
3. separar e preparar os materiais necessários ao procedimento;
4. preparar a solução de heparina conforme "ITT heparinização de dispositivo intravascular central";
5. levar os materiais até a unidade do paciente;
6. higienizar as mãos, colocar a máscara e calçar as luvas de procedimento;
7. fechar os clamps do equipo e do dispositivo de punção (agulha de Hubber) ou fazer a punção do cateter totalmente implantado conforme ITT correspondente e voltar ao item 9;
8. fazer a desinfecção da extremidade do dispositivo de punção/equipo com uma lâmina de gaze embebida em álcool a 70%, friccionando por 20 segundos;
9. conectar a seringa de 05 ml e aspirar 03 ml de sangue no adulto e 02 ml em crianças, fechar o clamp e retirar a seringa;
10. conectar a seringa contendo 10 ml de SF 0,9%, abrir o clamp e injetar 10 ml no adulto e 5 ml em crianças. Fechar o clamp e retirar a seringa;
11. conectar a seringa contendo a solução de heparina, abrir o clamp e injetar 03 ml no adulto e 02 ml em crianças;
12. fechar o clamp, retirar a seringa;
13. fechar o dispositivo de punção com uma tampa estéril ou retirá-lo conforme indicação;
14. fazer curativo simples no local;
15. deixar o ambiente organizado;
16. retirar as luvas de procedimentos, a máscara e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. fazer registro no prontuário, assinar e carimbar;

FIM

Título: Aplicação de calor por bolsa

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 12.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Conforme a avaliação clinica e prescrição do enfermeiro.

Onde:
Unidades de Internação, Ambulatórios/ Serviços e domicílio.

Condições necessárias:
Recipiente com água quente;
Bolsa de água quente;
Toalha.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Execução correta da técnica para diminuir edema, aliviar dor, facilitar flexão em articulações e músculos contraídos.

Em caso de não conformidade:
Qualquer sinal de queimadura ou maceração da pele suspender aplicação da bolsa quente e comunicar ao enfermeiro.
Deverá se intensificar a educação continuada nesse procedimento.

Bibliografia consultada: continua na página 2/2
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett da Silva Reis Maria de Fátima Seixas de Souza e Silva Denise Ferreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Téc. De enfermagem		Maio//2006
Avaliado por	Ângela Aparecida de Lima Magna Patrícia de Oliveira Agreste Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Junho//2006 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Janeiro/2007 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Marilza R. Ribeiro	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Aplicação de calor por bolsa

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 12.1	VDTE 016009		2 de 2

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Legislação e Normas.** Deliberação COREN-MG 65/00. Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10, n. 1, agosto/2005.

KOCH, R. M., et. Al**. Técnicas básicas de enfermagem. 2**0ª ed. Curitiba, Século XXI, 2004.

MINOR, M.A.D. e MINOR, S.D**. Sinais Vitais.** In:_____. Procedimentos e cuidados com paciente. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap.3, pág. 33 – 48.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G**. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática.** 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. vol. 2, 1396 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem**. Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. PEREIRA, E.R., et al. **Manual de procedimentos básicos de enfermagem.** Uberlândia, 2001. 125p.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Identificar-se ao paciente;
2. reunir todo material necessário;
3. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
4. explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
5. segurar a bolsa na posição vertical, enchendo-a com água quente a aproximadamente 50ºc, até 1/3 para abdome e até 2/3 da sua capacidade para pés, mãos ou outro local;
6. retirar o ar, colocando a bolsa horizontalmente sobre uma superfície plana, de modo que a água flua para a abertura;
7. fechar e enxugar a bolsa, verificando vazamentos;
8. envolver a bolsa com uma toalha e testar no seu próprio antebraço a temperatura adequada;
9. não é indicado aplicação de calor em pacientes com patologias vasculares (ex: isquemia);
10. aplicar no local desejado por 20 a 30 minutos e não coloque diretamente sobre a ferida aberta;
11. observar a pele do paciente sob o local de 10 em 10 minutos;
12. substituir a água da bolsa quando necessário;
13. retirar a bolsa após o término na aplicação,
14. esvaziar a bolsa lavá-la externamente com água e sabão e deixá-la secar enchendo-a de ar;
15. friccionar álcool a 70%, quando a mesma não for de uso exclusivo e guardá-la;
16. higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
17. recompor a unidade;
18. proceder às anotações no prontuário;
19. assinar e carimbar.

FIM

Título: Aplicações frias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 12.2	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
De acordo com a prescrição médica ou do enfermeiro.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Ambulatórios, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Domic**ílio.**

Condições necessárias:

01 Recipiente com gelo picado;
01 bolsa de borracha para gelo ou bolsa de gel gelado;
01 toalha ou fronha;
01 compressa não estéril.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Manutenção de uma área resfriada por 20 minutos visando abaixar a febre e edema nas contusões e luxações, aliviar dor, prevenção e tratamento da mama ingurgitada, controlar hemorragias e evitar formação de bolhas em queimaduras.

Em caso de não conformidade:
Em caso de leve parestesia, estases circulatórias, estados de desnutrição, paciente debilitados e idosos. Qualquer outra alteração comunicar ao enfermeiro.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Daniela de Oliveira Santos Elizabeth Soares Figueiredo Marlene Clarett da Silva Reis Maria de Fátima Seixas de Souza e Silva Denise Ferreira	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Téc. de Enfermagem		04/05/2006
Avaliado por	Ângela Aparecida de Lima Antonieta Lourdes de Souza Magna Patrícia de Oliveira Agreste Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		06/10/2006 Julho/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Outubro/2006 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Aplicações frias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 12.2	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:

CARVALHO, M. R E TAMEZ, N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** RJ. Guanabara Koogan, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. **Deliberação COREN-MG 65/00.** Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10 n. 1, agosto/2005.

KOCH, R. M.,et al. **Técnicas básicas de enfermagem**, Curitiba, 20ª ed. Século XXI, 2004.

MINOR, M.A.D. e MINOR, S.D. **Sinais Vitais.** In:_____. Procedimentos e cuidados com paciente. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap.3, pág. 33 – 48.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática.** 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. vol. 2, 1396 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno**. Belo Horizonte, 2007.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação.** São Paulo: C L R Baluro editores, 1999 p. 66.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;
2. identificar o paciente pela pulseira de identificação;
3. apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e ao acompanhante;
5. identificar o local da aplicação;
6. higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
7. reunir todo o material necessário e prepará-lo;
8. colocar gelo picado na bolsa até no máximo 1/3 de sua capacidade;
9. retirar a maior quantidade de ar possível da bolsa;
10. fechar e enxugar a bolsa com o trapo, certificando de não haver vazamento;
11. envolver a bolsa com uma toalha ou fronha;
12. atentar para não colocar se estase circulatória, neuropatias, estados de desnutrição ou pacientes debilitados;
13. colocar no local identificado de 15 a 20 minutos, aguardar 30 minutos e repetir quando indicado;
14. observar de 10 em 10 minutos a pele do paciente sob o local, especialmente em pacientes inconscientes e crianças;
15. substituir o gelo e a toalha quando o mesmo derreter;
16. retirar a bolsa após o término da aplicação;
17. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;

Título: Aplicações frias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	TER 12.2	VDTE 016009		3 de 3

18. esvaziar a bolsa, deixá-la secar e friccionar álcool a 70%;
19. encher a bolsa de ar antes de guardá-la;
20. higienizar as mãos;
21. registrar no prontuário a data, a hora de início e término da aplicação e as condições da pele no local;
22. assinar e carimbar.

FIM

Instrução de Trabalho Técnico

Administrativas

CLASSE
10
ADM

Título: Admissão de paciente

Data de Emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
08/2009	ADM 01.1	VDTE 016009	1ª em 08/2010	1 de 2

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Ao chegar ao setor.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento e Centro de Tratamento Intensivo.

Condições Necessárias:
01 leito limpo e preparado;
01 roteiro de admissão;
01 esfignomanômetro;
01 estetoscópio (adulto ou pediátrico);
01 termômetro clínico;
01 relógio com ponteiro;
01 balança com altímetro;
ou balança digital;
01 régua antropométrica ou uma fita métrica para neonato.
01 caneta para retroprojetor azul;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado Esperado:
Paciente devidamente identificado, seguro, confortável e orientado para a compreensão e adaptação às limitações impostas pela internação.

Em caso de não conformidade:
Caso o preparo do leito esteja em desacordo com a clínica do paciente, adequá-lo o mais rápido possível; Caso o prontuário esteja incompleto ou preenchido de forma inadequada, providenciar o preenchimento correto.

Bibliografia Consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:
Devido à nova padronização da placa de identificação da unidade do paciente foi acrescentada caneta específica para o procedimento e quais dados preencher, em agosto de 2010.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo	Enfermeira		Setembro/06
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Elisabete da Silva Peixoto Thaís Ferreira de Lourdes Carneiro Érika Fernanda F. Silva Caroliny Alves Pessoa	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/06 Julho/2008 Agosto/2008 Setembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/06 Setembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Dirciana B. Cangussú	Enfermeira		Novembro/2008
Revisado por	Antonieta Lourdes de Souza	Enfª. Comissão ITT		Agosto/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Admissão de paciente

Data de Emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
08/2009	ADM 01.1	VDTE 016009	1ª em 08/2010	2 de 2

Bibliografia Consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
KOCH, R. M et al. Técnicas básicas de Enfermagem. 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004.
HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem – Uma abordagem holística.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. S. A. 1997.
KOCH, R. M et al. **Técnicas básicas de Enfermagem.** 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Verificar a procedência do paciente e, se possível, as condições clínicas do mesmo;
2. certificar-se que o leito se encontra limpo e preparado;
3. receber o paciente e/ou acompanhante de forma afável e gentil apresentando-se aos mesmos;
4. certificar-se de que o paciente esteja com a "ficha" de internação e a pulseira de identificação, confirmando o leito;
5. orientar sobre a necessidade do uso da pulseira de identificação durante todo o período de internação;
6. encaminhar o paciente ao leito, avaliando as condições clínicas e estabelecer as prioridades ao acomodá-lo no leito;
7. em caso de paciente estável e consciente mostrar as dependências da unidade de internação, apresentá-lo à equipe de enfermagem e aos companheiros de enfermaria, se houver;
8. fornecer vestimentas apropriadas e encaminhar ao banho;
9. orientar o paciente e/ou acompanhante sobre suas responsabilidades sobre bens pessoais;
10. pesar e medir;
11. verificar sinais vitais;
12. colher informações do paciente conforme o roteiro de admissão do setor;
13. orientar o paciente e ou acompanhante sobre as normas da instituição e rotinas do setor;
14. preencher a placa de identificação da unidade do paciente, usando a caneta para retroprojetor, escrevendo: nome completo, número do registro, data de admissão, clínica, médico responsável, risco de queda, alergias e precaução CCIH;
15. identificar o material que será de uso pessoal;
16. deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
17. comunicar ao médico, serviço de nutrição e dietética e ao assistente social, se necessário;
18. encaminhar a ficha de internação à secretaria para montagem e organização do prontuário.

FIM

Título: Guarda dos medicamentos sob controle especial

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
08/2009	ADM 02.1	VDTE 016009		1 de 5

Quem:
Enfermeiro preferencialmente ou Técnico de enfermagem sob delegação do Enfermeiro.

Quando:
Conferência: no momento da entrega pela farmácia e na passagem de plantão;
Guarda e controle: no decorrer de todo o plantão.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico e Propedêutica e Terapêutica e Ambulatório.

Condições necessárias:
Medicamentos controlados identificados em dose individualizada a ser fornecida pela farmácia por turno de trabalho (manhã, tarde e noite) com as devidas prescrições, por paciente;
local para guarda dos medicamentos com chave
01 impresso "Mapa de controle diário" (ANEXO Q) em branco – A;
01 impresso "Mapa de controle diário" (ANEXO Q) preenchido pelo plantão anterior – B. Que deverá estar sob cuidados do Enfermeiro de plantão;
01 impresso "Requisição para reposição de medicamentos" (ANEXO R) em duas vias;
01 caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/5 e 3/5.

Resultado esperado:
Controle quantitativo e qualitativo dos "medicamentos sujeitos a controle especial"

Em caso de não conformidade:
Em caso de detecção de "extravio", solicitar a presença do enfermeiro responsável pelo turno e de uma testemunha. Providenciar nova prescrição médica e preencher o impresso de perda de medicamento em 2 vias (ANEXO R). Encaminhar o fato para coordenação de enfermagem, que tomará as devidas providências para investigação do mesmo, junto ao gerente da Unidade Funcional.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Maria Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Julho/2008
Avaliado por	Érika Oliveira Santos Gislene Canazart Comissão Gerencial Farmácia (Responsável Heloisa Sampaio)	Enfermeira Enfermeira		Outubro/2008 Outubro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Dezembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Março/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Guarda dos medicamentos sob controle especial

Data de emissão: 08/2009	Número da IT: ADM 02.1	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 5

Bibliografia consultada:
BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria 344 de 1998.**
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
2. acompanhar e conferir através do (ANEXO Q), a devolução do medicamento que não foi utilizado devido à alta, óbito, suspensão, mudança de intervalo das doses, recusa do paciente ou se a critério médico (ACM). Será realizada a devolução do medicamento na embalagem original identificada com nome, leito do paciente e data, com registro de justificativa sucinta: alta, óbito, suspensão, etc. Em caso de devolução sem justificativa, relatar no livro de ocorrências do setor para posterior averiguação;
3. receber os medicamentos da farmácia juntamente com as prescrições correspondentes;
4. conferir, na presença do funcionário da farmácia, cada medicamento recebido, por paciente (tipo de medicamento e quantidade dispensada) através da via carbonada da prescrição, certificando-se da correta dispensação de cada medicamento;
5. em caso de identificação e/ou fornecimento inadequado (ex; falta-troca-sobra) de algum medicamento ou qualquer outra não conformidade, o medicamento, junto com a via carbonada da prescrição, serão devolvidos ao funcionário da farmácia, que deverá providenciar a correção da liberação o mais breve possível e retornar à unidade/ setor para completar a dispensação;
6. estando tudo correto, os dois funcionários assinarão a via carbonada da prescrição com letra legível;
7. preencher o (ANEXO Q) com os dados obtidos: número do leito, nome do paciente, nome/ apresentação e quantidade (RF) do medicamento. Para cada nome de paciente que for registrado será possível a descrição de apenas dois medicamentos; caso exceda a este quantitativo o nome do paciente e o nº do leito serão novamente repetidos na linha seguinte;
8. guardar o medicamento e o impresso (ANEXO R) no local próprio, identificado e trancá-lo. A guarda da chave deverá ser preferencialmente da responsabilidade do enfermeiro do turno. Poderá ficar com o técnico de enfermagem, desde que delegado pelo enfermeiro;
9. no horário aprazado para a administração, o medicamento será retirado do local onde estava guardado;
10. na preparação e/ou administração do medicamento, em caso de perda acidental, contaminação, detecção de alteração físico-química, identificação inadequada ou qualquer outra não conformidade, comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável pelo turno, providenciar nova prescrição médica e preencher o (ANEXO R) em duas vias sendo que, para cada paciente e ocorrência, deverá ser preenchido um impresso (duas vias);
11. na passagem de plantão, utilizar o (ANEXO Q) preenchido no item 06, onde deve constar a quantidade do medicamento que está sendo passado por paciente (PP). Os dois funcionários

Título: Guarda dos medicamentos sob controle especial

assinarão o formulário com letra legível;

12. para medicamentos especiais de uso coletivo, a seguinte conduta será adotada: a entrega será realizada pela farmácia juntamente com os demais medicamentos de controle especial. Será realizada a conferência pela equipe de enfermagem e funcionário da farmácia, utilizando a via carbonada das prescrições dos pacientes que estão utilizando tais medicamentos. Estes serão mantidos guardados sob tranca, juntamente com os demais medicamentos de controle especial;
13. deverá ser notificado, verbalmente e em livro de ocorrências da unidade, a existência de medicamentos que tenham sido suspensos no turno ou recusados pelo paciente. Atentar também para o devido registro no impresso de anotação de enfermagem e de circular o horário na prescrição médica;
14. registrar em livro relatório e passar ao plantão seguinte qualquer problema ocorrido que não possa ser resolvido durante o turno, ou que seja diverso aos relatados acima;
15. assinar e carimbar.

FIM

ANEXO Q

Mapa de controle diário de medicamentos sujeitos a controle especial

HC / UFMG

MAPA DE CONTROLE DIÁRIO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

Setor / Unidade:

Data: / /

Leito	Nome Paciente	Medicação	Quant.	Manhã	Quant.	Tarde	Quant.	Noite
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão	PP	Func. Passa Plantão
			RF		RF		RF	
			PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão	PP	Func. Recebe Plantão

Legenda: RF: Recebimento farmácia PP: Passagem de plantão

Título: Guarda dos medicamentos sob controle especial

Data de emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
08/2009	ADM 02.1	VDTE 016009		5 de 5

ANEXO R - Requisição para reposição de medicamentos sob controle especial

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
- REQUISIÇÃO PARA REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL

Setor / Unidade: Turno: M ( ) T ( ) N ( )
Data: / /

Leito	Nome Paciente	Registro	Medicamento / Apresentação	Quantidade	Motivo	Ass. Enfermeiro	Ass. profissional envolvido

Legenda para motivos de Reposição
1 - Medicamento Contaminado
2 - Medicamento com alterações físico - químicas
3 - Acidente durante o manuseio
4 - Extravio
5 - Identificação e/ou dosagem inadequada

Testemunha do Ocorrido:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
REQUISIÇÃO PARA REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL

Setor / Unidade: Turno: M ( ) T ( ) N ( )
Data: / /

Leito	Nome Paciente	Registro	Medicamento / Apresentação	Quantidade	Motivo	Ass. Enfermeiro	Ass. profissional envolvido

1 - Medicamento Contaminado
2 - Medicamento com alterações físico - químicas
3 - Acidente durante o manuseio
4 - Extravio
5 - Identificação e/ou dosagem inadequada

Testemunha do Ocorrido:

Título: Guarda do glicosímetro

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
08/2009	ADM 02.2	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
No transcorrer do plantão e na passagem de um turno para outro.

Onde:
Unidade de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
01 estojo com o glicosímetro completo (tiras reagentes e chip com a senha);
01 caneta.
01 caderno para anexar impresso de controle (APÊNDICE K);

Descrição da Instrução de Trabalho:

1. Receber o estojo com o glicosímetro e o caderno de controle do mesmo;
2. abrir o estojo e verificar se está completo;
3. confirmar se o número do aparelho corresponde ao mesmo descrito no caderno;
4. guardar o estojo e o caderno no local seguro determinado pelo setor;
5. no transcorrer do plantão, liberar o estojo ao funcionário que o solicitar;
6. anotar no caderno a data, hora e nome do funcionário para o qual esta sendo entregue;
7. orientar o funcionário a devolver o estojo limpo e completo, em mãos do enfermeiro, após o uso;
8. ao receber o estojo o enfermeiro certificará que o mesmo esteja limpo, completo e sem relato de qualquermau funcionamento;
9. anotar no caderno a devolução e assinar;
10. passar na troca de turno o estojo limpo, completo e funcionante, junto com o caderno de controle.

Resultado esperado: Registro do controle (de utilização) do glicosímetro para evitar extravios.

Em caso de não conformidade: vide página 2/2.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza Claudia Maria M. F. Silva	Enfermeira Enfermeira		Agosto/2009
Avaliado por	Maria Dirce Mendonça	VDTE		Agosto/2009
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE		Agosto/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Título: Guarda do glicosímetro

Data da emissão: 08/2009	Número da IT: ADM 02.2	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 2

Em caso de não conformidade: Em caso de extravio, cobrar da última pessoa registrada como recebedora. Em caso de identificação de avarias no aparelho, encaminhá-lo com memorando para a coordenação administrativa providenciar a substituição junto à farmácia.

Bibliografia Consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN - **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Vice Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte. 2007.

APÊNDICE J
CONTROLE DO GLICOSÍMETRO

Unidade/Setor---------- **MARCA:----------**
NÚMERO DE SÉRIE OU DE PATRIMÔNIO:----------

DATA	HORA	FUNCIONÁRIO QUE RECEBEU	DEVOLUÇÃO	VISTO/RUBRICA DO ENFERMEIRO

FIM.

Título: Anotações de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
08/2009	ADM 03.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Imediatamente após: a execução de qualquer cuidado prestado, na detecção de alguma alteração no estado do paciente, encaminhamentos realizados e condutas tomadas.

Onde:
No prontuário do paciente, em impressos próprios, segundo modelo adotado pelo serviço de enfermagem da instituição.

Condições necessárias:
01 prontuário do paciente;
01 caneta de tinta indelével azul, preta ou vermelha, conforme o turno de trabalho;
01 carimbo do profissional.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Registro de forma permanente, contínuo, cronológico, nítido, claro, objetivo, completo, preciso e verdadeiro; com vistas a promover a comunicação entre os profissionais que prestam assistência ao paciente; contribuir para o ensino e pesquisa; auxiliar no diagnóstico e tratamento; atender às exigências éticas e legais do profissional e Instituição, além de possibilitar os processos de auditoria.

Em caso de não conformidade:
Em caso de anotação indevida, colocar vírgula, escrever a palavra “nulo”, “digo” ou “retifico”, colocar outra vírgula e fazer o registro correto.

Bibliografia consultada: continua na página 2/3
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN - **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina Roma Figueiredo	Enfermeira		Abril/2006
Avaliado por	Anna Alessandra Mattos de Meira Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Novembro/2006 Nov/06 e Dez/08 Dezembro/2008
Aprovado por	Dionéia Paula Bodevan de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Novembro/2006 Dezembro/2008
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Viviane Rosado	Enfermeira CCIH		Março/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide “onde”, Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Anotações de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
08/2009	ADM 03.1	VDTE 016009		2 de 3

Continuação da bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN - **Resolução Nº. 311/2007.** Código de ética dos profissionais de enfermagem. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM- COREN-MG**. Deliberação 135/00-** Normatiza os princípios gerais que constituem a documentação de enfermagem.

ELAINE, E. I. et al**. Manual de Anotação de Enfermagem.** Editora Atheneu. São Paulo 2005.

KOCK, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem.** 20ª ed. Curitiba: Século XXI, 2004, 144p.

POTTER, P. A & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 2004

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Vice Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte. 2007.

De*scrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Usar caneta de cor azul ou preta durante o dia e de cor vermelha à noite;
2. utilizar letra legível, linguagem correta e termos técnicos adequados;
3. os registros deverão ser claros, concisos, objetivos, pontuais, cronológicos, completos e verdadeiros;
4. checar significa que a ação prescrita foi realizada e circular que a ação prescrita não foi realizada;
5. é imprescindível uma justificativa da não-realização do cuidado no registro de enfermagem quando o horário está circulado;
6. nunca rasurar ou utilizar corretivos, utilizar termos como digo, retifico ou nulo;
7. em todos os impressos que compõem o prontuário do paciente deverá constar o preenchimento completo do cabeçalho com a identificação correta do paciente (nome completo, registro, andar, ala/leito);
8. os registros devem ser precedidos dos horários da prestação do cuidado ou da observação realizada;
9. preencher toda a linha e a folha sem deixar lacunas, utilizar o "traço" (-) para completar o espaço restante;
10. todo registro deve ser assinado por quem realizou a ação;
11. os registros específicos deverão ser anotados nos respectivos impressos como: oxigênio, balanço hídrico, folha de sala e outros, observando as orientações de cada um;
12. usar somente as abreviaturas institucionalizadas;
13. do conteúdo das anotações deve constar:
    - 13.1 as condições gerais do paciente ao iniciar o plantão: estado mental e humor, condições físicas sinais e sintomas, condições de drenos, cateteres e curativos, entre outros;
    - 13.2 dados referentes às necessidades humanas básicas
        - 13.2.1 oxigenação (padrão respiratório, oxigênio, macro, micro, TQT, respirador, tosse);
        - 13.2.2 integridade cutâneo mucosa (cor, turgor, elasticidade, suor, edema, escoriação);
        - 13.2.3 locomoção e motilidade (deambula, acamado, movimentação, mudança de decúbito);
        - 13.2.4 nutrição e hidratação (aceitação ou não de alimentos, jejum, VO, SNG E SNE);

13.2.5 eliminações vésico-intestinais, consistência, aspecto, odor, cor, quantidade, volume, frequência;

13.2.6 regulação: sinais vitais (avaliação dos parâmetros vitais T, P, R, PA), dentre outros;

13.2.7 integridade física: presença e condições de drenos cateteres e curativos, dentre outros;

13.2.8 terapêutica (via e local de administração de medicamentos, possíveis reações);

13.2.9 sono e repouso (quantidade e qualidade dos mesmos);

13.2.10 cuidado corporal (higiene e conforto);

13.3 as alterações nas condições gerais, do paciente no decorrer do plantão e as ações que foram realizadas em função de intercorrências ou ordens médicas tais como: sedação, medicação fora do horário, restrições, etc.;

13.4 procedimentos técnicos realizados (curativos, punção de acesso venoso, sondagem, exames);

13.5 acidentes, intercorrências e medidas de segurança adotadas para proteger o paciente ou relativas à prevenção de complicações;

13.6 o ensino fornecido para o cliente e a família a respeito do processo de internação, orientação e encaminhamentos para a alta hospitalar;

13.7 existência de acompanhante, recebimentos de visitas, saídas e retornos, transferências, altas e óbitos;

14. não repetir as anotações da prescrição de enfermagem ou médica, somente registrar o resultado e a conduta ao cuidado prestado;
15. não usar expressões sucessivas do tipo “sem anormalidade”, “inalterado”, “sem queixas”, “sem intercorrências”;
16. informações administrativas devem ser registradas no livro de ocorrências;
17. após todos os registros, deverá constar além da assinatura, o carimbo contendo a inscrição do conselho de enfermagem regional.

FIM

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

Data da emissão:	Número da IT	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2010	ADM 03.2	VDTE 016009		1 de 13

Quem:
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Quando:
Sempre que atender um paciente no HOSPITAL DAS CLÍNICAS.

Onde:
Nos impressos específicos do prontuário do paciente.

Condições necessárias:

1 prontuário do paciente;
1 livro " Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – definições e classificação" na versão mais atual;
1 carimbo do profissional;
1 caneta com tinta preta ou azul;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide páginas 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
O registro de todas as etapas realizadas do Processo de Enfermagem (Histórico, Diagnósticos, Prescrição e Evolução), utilizando impressos específicos criados para atender os programas de saúde do Adulto, da Mulher e da Criança, visando: documentar a avaliação inicial do paciente e a continuidade do cuidado de enfermagem; contribuir para autonomia técnica do enfermeiro; promover o gerenciamento da assistência de enfermagem e a individualização do cuidado; uniformizar; estabelecer critérios de avaliação do cuidado prestado; estimular a pesquisa; aumentar a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar e fornecer dados para a auditoria de enfermagem.

Em caso de não conformidade:
Em caso de paciente e/ou acompanhante incapacitados de fornecer informações, buscar no prontuário e/ou pedir ao serviço social para contatar a família.
Em caso de ausência do prontuário no momento, requisitá-lo, aguardar a chagada do mesmo e fazer o registro.

Bibliografia consultada: vide na página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Tatiane Batista Nascimento Márcia Eller M. Salviano	Enf.ª Assistencial e do Projeto SAE		Abril/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Claudia M. Melo F. Silva	Enf.ª Comissão ITT		Maio/2010
Aprovado por	Leonor Gonçalves	Vice Diretora Técnica de Enfermagem		Julho/2010
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

Bibliografia consultada:

BARROS. A L. B. L. de E COLS. **Anamnese e Exame Físico: avaliação diagnóstica de enfermagem.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 440p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 358** de outubro de 2009. "Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº. 272 d**e 27 de Agosto de 2002. "Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - nas instituições de Saúde Brasileiras". In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-MG. **Legislação e Normas COREN-MG,** Belo Horizonte, n. 1. ano 10 p.60-62, Ago 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – MG. **Normas e diretrizes para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras.** Vol.1 Belo Horizonte, 2007 22p.

GAIDZINSKI, R.R et. al. **Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 368p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.

SOUSA, D.P.B de; et al. Pré-projeto: **"Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem". HC/ VDTE UFMG.** Belo Horizonte, outubro de 2004. Mimeo (ANEXO).

TANNURE, MC e GONÇALVES, AMP. SAE – **Sistematização da Assistência de Enfermagem – guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 168p.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Histórico de Enfermagem
   - 1.1 Preencher o histórico no momento da admissão do paciente no setor que ele der a entrada ou em até 24 horas após sua admissão conforme ITT ADM 01.1;
   - 1.2 registrar no impresso denominado Histórico de Enfermagem conforme o Roteiro para Preenchimento do mesmo e especialidade do cuidado. – APÊNDICE – A e D;
   - 1.3 atentar para a obrigatoriedade de carimbar e assinar no campo específico no verso do impresso.

2. Diagnóstico de Enfermagem
   - **2**.1 Preencher o cabeçalho do impresso de Diagnósticos de Enfermagem – APÊNDICE - B;
   - 2.2 marcar os Diagnósticos de Enfermagem selecionados para o paciente circulando o número correspondente aos mesmos, baseando-se no Histórico de Enfermagem e utilizando a taxonomia da NANDA;
   - 2.3 acrescentar os Diagnósticos de Enfermagem identificados para o paciente que não estão pré-impressos;
   - 2.4 na coluna Data/DI/PO, colocar a data do preenchimento, o dia de internação (DI) e o dia do pós-operatório (PO) no qual o paciente se encontra (se for cirúrgico);
   - 2.5 usar os códigos existentes no rodapé do impresso: P (presente), I (inalterado), Me (melhorado), PI (piorado), R (resolvido) para admitir e fazer a atualização diária do diagnóstico;
   - 2.6 carimbar e assinar na coluna correspondente a data da atualização do Diagnóstico de En-

fermagem;

2.7 ATUALIZAR DIARIAMENTE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.

3. Prescrição de Enfermagem

3.1 Preencher todos os campos do cabeçalho – APÊNDICE – C;

3.2 identificar os números dos diagnósticos feitos, circulando-os;

3.3 aprazar na linha correspondente a atividade a ser realizada. Quando houver duas ou mais atividades na mesma linha destacar a atividade a ser feita, sublinhando-a;

3.4 acrescentar no espaço em branco, no verso do impresso, as atividades/cuidados específicos individualizados ou que não estejam pré impressos;

3.5 na coluna "Observações" acrescentar as especificidades relacionadas a cada atividade/cuidado prescrito;

3.6 atentar para assinar e carimbar;

3.7 A PRESCRIÇÃO É VÁLIDA POR 24 HORAS, PORTANTO DEVERÁ SER FEITA DIARIAMENTE;

3.8 orientar o Técnico de Enfermagem sobre

3. 8.1 a implementação da prescrição e a realização dos cuidados de enfermagem para o paciente;

3. 8.2 checar os cuidados prestados ticando e anotando o nome legível sobre o horário do mesmo e carimbar na coluna correspondente aos horários do seu plantão;

3. 8.3 circular os horários cuja atividade não foi cumprida, justificando na coluna "Observação", exemplo; não aplicável, paciente recusou, suspenso pelo enfermeiro.

4. Evolução de Enfermagem

4.1 Registrar a Evolução de Enfermagem no impresso de Evolução (tarja amarela), constando:

4.1.1 Data / Horário / e a palavra Enfermeiro;

4.1.2 seguir o Roteiro para o registro da Evolução de Enfermagem - APÊNDICE – E;

4.1.3 encerrar com os dizeres "Vide Diagnósticos e Prescrição de Enfermagem";

4.1.4 carimbar e assinar.

FIM

APÊNDICE L

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem	**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - SAÚDE DO ADULTO** **Unidade:** **Data:** **Horário:**	
1 - IDENTIFICAÇÃO		
Nome:	Registro:	Leito:
Idade:	Sexo: ( )Fem ( )Masc	Cor: ( )Branca ( )Parda ( )Preta
Estado Civil:	Escolaridade:	Religião:
Profissão/Ocupação:		
Naturalidade:		Procedência:
2 - SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL		
Doença de base:		
Comorbidades:		Tratamento proposto:
3 - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS		
4 - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS		
Sono/repouso:		
Atividades físicas/lazer:		
Alimentação:		
Tolerância:		Hidratação: ml/dia
Cuidado corporal:		
Eliminações (pulmonar, gastrintestinais,vesical):		
Regulação hormonal:		
Regulação Imunológica	( ) Alergoses: produtos/drogas:	
	( ) Imunossupressores:	
	GS:_____ Hemocomponente recebido / nº /reações:	
Regulação neurológica:		
Sexualidade/reprodução:		
Habitação/infra-estrutura sanitária:		
Histórico sócio-familiar e espiritual:		

5 - EXAME FÍSICO

Aspecto geral:	
Parâmetros: Vitais e Antropométricos	PA_____mmHg Pulso_____bpm FR_____irpm Tax_____°C
	Dor (escore de 0 a 10)_____ Peso_____Kg Altura_____m C.A_____m
	IMC____ ( )Baixo peso ( )Normal ( )Sobrepeso ( )Obeso ( )Obesidade Mórbida
Condições dos Segmentos	
Cabeça	
Couro cabeludo:	
Face:	
Órgãos dos sentidos:	
Cavidade oral:	
Pescoço	
Tireóide/gânglios:	Jugulares: ( ) Normais ( ) Ingurgitadas
Tronco	
Tórax:	
Abdome:	
Dorso/lombo-sacra:	
Regiões genital /perianal:	( )Íntegras ( ) Lesão/secreção_____
Membros	
Superiores:	
Inferiores:	
6 - IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR	
7 - DADOS CLÍNICOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM	
Resultados de exames complementares (laboratoriais ou de imagem):	
Especificação da terapêutica (propedêutica, cirurgia, medicações específicas, tratamentos de suporte):	
Enfermeiro:_____COREN:_____	

APÊNDICE M

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - SAÚDE DO ADULTO		Folha N°
Nome		
Clínica ou U.I.	Registro	Leito
Motivo da Consulta/Internação/Procedimento		

Item	Diagnósticos de Enfermagem	Atualização						
	Título:	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
	Fatores Relacionados ou de Risco/	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO
	Características Definidoras							
1	Controle ineficaz do regime terapêutico: complexidade do sistema de assistência à saúde, dificuldades econômicas, padrões familiares de cuidado de saúde / escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de saúde, dificuldade com os regimes prescritos, fracasso na inclusão da terapêutica nas rotinas diárias.							
2	Risco de glicemia instável: falta de controle e adesão do paciente diabético, controle de medicamentos, jejum prolongado, nível de atividade.							
3	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais: incapacidade de deglutir e ingerir alimentos / relato de ingestão inadequada de alimentos, diarréia, peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal.							
4	Risco de volume de líquidos deficiente: desvios que afetam a absorção ou ingestão de líquidos, perdas excessivas por vias normais (vômitos e diarréias) .							
5	Risco de função hepática prejudicada: medicamentos hepatotóxicos, infecção viral, co-infecção por HIV, abuso de substâncias.							
6	Risco de desequilíbrio eletrolítico: diarréia, vômito, disfunção endócrina, desequilíbrio de mecanismos reguladores, disfunção renal, efeitos colaterais relacionados ao tratamento (drenos, medicação)							
7	Retenção urinária: bloqueio, inibição do arco reflexo, alta pressão uretral/ distensão vesical, eliminação urinária ausente, sensação de bexiga cheia, urina residual.							
8	Diarréia: má absorção, infecção, efeitos de medicações / ≥ 3 evacuações por dia, ruídos intestinais hiperativos, dor abdominal.							
9	Incontinência intestinal: cognição prejudicada, lesão em nervo motor inferior ou superior, hábitos alimentares, imobilidade / autorrelato de incapacidade de sentir o preenchimento retal, perda constante de fezes amolecidas, urgência.							

		Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

		DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO
10	Déficit no autocuidado: barreiras ambientais, prejuízo musculoesquelético, neuromuscular e cognitivo / capacidade limitada de cuidar-se.							
11	Mobilidade física prejudicada: prejuízo musculoesquelético, dor / capacidade diminuída de desenvolver habilidades.							
12	Risco de perfusão renal ineficaz: acidose metabólica, cirurgia cardíaca, DM, medicamentos, doença renal, PA ↑, hipovolemia, hipoxemia, infecção.							
13	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz: aneurisma, coagulopatia, tumor cerebral, trauma encefálico, hipertensão, cardiomiopatia dilatada .							
14	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída: cirurgia cardíaca, anticoncepcionais, diabete melito, abuso de drogas, hipovolemia, hipoxemia, hipertensão, falta de conhecimento sobre os fatores de risco.							
15	Risco de perfusão tissular gastrintestinal ineficaz: AVC, anemia, coagulopatia, disfunção hepática, doença gastrintestinal, vascular; hemorragia digestiva, trauma, varizes gastroesofágicas.							
16	Perfusão tissular periférica ineficaz: DM, estilo de vida sedentário, hipertensão, tabagismo / características da pele alteradas, cicatrização retardada, edema, dor em extremidade, pulsos ↓.							
17	Insônia: ansiedade, desconforto físico, estresse, fatores ambientais, medicamentos / relato de dificuldade para adormecer e sono insatisfatório, estado de saúde diminuído.							
18	Conhecimento deficiente quanto a _____: falta de exposição / verbalização do problema.							
19	Confusão aguda: idade, flutuações no ciclo sono-vigília, medicamentos, delírio, demência / agitação, alucinações, flutuação no nível de consciência, percepções errôneas.							
20	Percepção sensorial perturbada (visual, auditiva, sinestésica, gustativa, tátil, olfativa): desequilíbrio bioquímico e eletrolítico, integração, recepção, transmissão alterada / comunicação prejudicada, mudança na acuidade sensorial, mudança na resposta usual aos estímulos.							
21	Ansiedade: ameaça e mudança no estado de saúde, crise situacional / agitação, insônia, nervosismo, angústia, preocupação expressa.							
22	Risco de infecção: procedimentos invasivos, defesas primárias e secundárias inadequadas, exposição ambiental aumentada a patógenos.							
23	Risco de sangramento: cirurgia, disfunção hepática, lesão do trato gastrintestinal, medicamentos, aneurisma.							
		Data	**Data**	**Data**	**Data**	**Data**	**Data**	**Data**

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

		DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO	DI/PO
24	Risco de quedas: idade acima de 65 anos, mobilidade física prejudicada, estado mental rebaixado, medicamentos .							
25	Risco de integridade da pele prejudicada: excreções, extremos de idade, fatores mecânicos, imobilização física, circulação prejudicada, estado nutricional desequilibrado, fatores imunológicos, proeminências ósseas.							
26	Integridade da pele prejudicada: idade, fatores mecânicos, imobilidade física, medicamentos, nutrição desequilibrada, proeminências ósseas, circulação/ destruição da pele.							
27	Integridade tissular prejudicada: agentes mecânicos _____, mobilidade física prejudicada, extremo da idade, circulação alterada, alteração de líquidos, fatores nutricionais/ tecido lesado_____.							
28	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal: taxa metabólica alterada, sedação, doença que altera regulação da temperatura.							
29	Hipertermia: aumento da taxa metabólica, medicamentos / elevação da temperatura axilar acima dos parâmetros normais							
30	Risco de trauma vascular: tipo e espessura do cateter _____, fixação inadequada, tempo de duração do implante, natureza das soluções.							
31	Mucosa oral prejudicada: imunossupressão, infecção, mecânicos, higiene oral ineficaz / mucosite, língua saburrosa, exsudato.							
32	Risco de aspiração: presença de traqueostomia, tubo orotraqueal e sonda nasoentérica, cirurgia facial, oral, de pescoço; nível de consciência ↓, reflexos de tosse e vômito ↓, situações que impedem elevação do corpo.							
33	Dor aguda: agentes lesivos _____/ relato verbal e codificado, gestos protetores, expressão facial, alterações na PA, FC e FR.							
34	Náusea: irritação e distensão gástrica, dor, ansiedade, doença_____ _____ / sensação de vômito, relato de náusea, gosto amargo na boca.							
Assinatura e COREN:								

Legenda: P=Presente; ME=Melhorado; PI= Piorado; I=Inalterado; R=Resolvido; DI=Dias de Internação; PO=Pós-operatório

APÊNDICE N

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - SAÚDE DO ADULTO		
Nome		Clínica/U.I.
Registro	Hora	Leito/Ala
Motivo da Consulta/Internação/Procedimento		

DIAGNÓSTICOS	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS E REGISTROS												**Instruções:** use um formulário para cada prescrição diária; use esferográfica azul ou preta.
		10	12	14	16	18	20	22	24	O2	O4	O6	O8	OBSERVAÇÕES
18	Orientar quanto aos procedimentos terapêuticos e propedêuticos / cirurgia / transplante de_____.													
18, 20, 21, 22	Orientar / supervisionar paciente e acompanhante quanto às condutas para prevenção e controle de infecção.													
10, 11, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33	Realizar, auxiliar, supervisionar higiene corporal no leito / de chuveiro em cadeira.													
3, 10, 16, 22, 25, 26, 27	Orientar/aplicar creme hidratante em todo corpo.													
3, 10, 11, 18, 20, 22, 23, 27, 31, 33, 34	Orientar / realizar higiene oral conforme ITT nº CCO 01.1.													
4, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 28, 29, 33	Verificar sinais vitais conforme ITTs nº REG 02.1, 02.2, 02.3, 02.4. Comunicar alterações imediatamente.													
11, 26, 27, 30, 31, 33	Avaliar e mensurar a dor conforme protocolo.													
2, 3, 4, 6, 8, 15, 18, 20, 22, 31, 32, 33, 34	Auxiliar / supervisionar ingesta e tolerância alimentar.													
2, 3, 4, 6, 8, 10, 15, 22, 31, 32, 34	Administrar dieta por sonda conforme ITT nº HIN 01.2.													
18	Orientar jejum após _____para _____ _____.													
3, 4, 5, 6, 8, 12, 14	Pesar em jejum conforme ITT nº REG 01.1.													
3, 5, 15	Aferir circunferência abdominal.													
3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15, 16, 23, 29	Fazer Balanço Hídrico contínuo e somar conforme ITT nº REG 01.2.													

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

DIAGNÓSTICOS	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS E REGISTROS												**Instruções:** use um formulário para cada prescrição diária; use esferográfica azul ou preta.
		10	12	14	16	18	20	22	24	O2	O4	O6	O8	OBSERVAÇÕES
3, 10, 11, 16, 22, 25, 26, 27, 33	Incentivar mudança de decúbito / assentar / deambular. Auxiliar se necessário.													
3, 10, 11, 16, 22, 25, 26, 27, 33	Colocar / manter colchão de espuma piramidal.													
11, 19, 20, 24	Manter grades no leito elevadas e vigilância.													
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 22, 23, 26, 27, 32, 34	Observar e avaliar características das eliminações: fisiológicas, por drenos, feridas, tubo orotraqueal e traqueostomia.													
22, 23, 27, 28, 29, 30, 33	Observar sítios de cateter venoso e cirúrgicos quanto aos sinais flogísticos.													
5, 8, 13, 15, 23, 26, 27, 30, 31, 32	Observar e comunicar sinais de sangramento em _____ _____.													
ASSINATURA:								**COREN:**						

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

APÊNDICE O

Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

ROTEIRO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - SAÚDE DO ADULTO

	Unidade: Clínica, setor, serviço Data: Horário:	
1 - IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Nome completo do cliente	Registro: Nº cartão HC	Leito: cama/apto/ quarto
Idade: Nº/anos	Sexo: ( )Feminino ( )Masculino	Cor: ( )Branca ( )Parda ( )Preta
Estado Civil: Solteiro, casado, viúvo, divorciado.		
Escolaridade: EF (Ensino Fundamental-Primário até 8ªsérie) EM (Ensino Médio-2ºgrau) ES (Ensino Superior)		
Religião: Católica, Evangélica, Espírita. Outros (Budista, Islâmico, Hinduísta) ou nenhuma.		
Profissão/Ocupação: 1º- área de formação técnica 2º- o que realmente faz		
Naturalidade: Local de nascimento	Procedência: Cidade onde reside	
2 - SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL		
Doença de base: Disfunção básica que demanda cuidado no momento (diagnóstico médico).		
Comorbidades: Outras doenças que o paciente é portador. Ex.: diabetes/hipertensão.		
Tratamento proposto: Clínico: pneumologia; Cirúrgico: laparotomia exploradora, Transplante de...		
3 - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS		
História da doença atual - sinais e sintomas do problema atual e evolução; Tratamentos realizados; Conhecimentos da doença de base.		
História Pregressa: Vivências anteriores sobre o cuidado da saúde.		
O que espera da enfermagem?		
Expectativas em relação ao hospital e tratamento.		
4 - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS		
Sono/Repouso: descrever número de horas de sono noturno, queixa de insônia, o que faz para resolver, cochilos durante o dia.		
Atividades físicas/Lazer: atividades físicas que pratica e nº x semana; sedentário/ o que faz como hobby?		
Alimentação: escrever o tipo de dieta prescrita para o paciente.		
Tolerância: se boa ou sinais e sintomas de intolerância.		Hidratação: quantificar ml/dia
Cuidado corporal: frequência de banho e xampu, horário de preferência.		
Eliminações (pulmonar, gastrintestinais, urinária): tosse, espirro, coriza, expectoração, sudorese, vômitos, diurese, evacuação, estoma. Frequência/características.		
Regulação hormonal: disfunção de glândulas: tireóide, pâncreas, ovários, etc. Menarca, menopausa, reposição hormonal, ciclo menstrual.		
Regulação Imunológica	( ) Alergoses Produto/Drogas: alergia a alimentos, produtos, medicamentos.	
	( )Uso de Imunossupressores Drogas: nome do medicamento, quimioterápico	
	GS: grupo sanguíneo/fator RH Nº de Transfusões/Reações: Nº, produto e reação	
Regulação Neurológica: orientado, confuso, sonolento, agitado, torporoso,comatoso (Glagow), sedado (Ramsey), outros.		

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

Sexualidade/Reprodução: nº de gestações(G), partos(P) e abortos(A). Nº de filhos vivos. Infertilidade.				
Habitação/Infra-Estrutura Sanitária: casa, apto, própria, alugada, cedida. Condições de saneamento.				
Histórico sócio-familiar e espiritual: história heredo-familiar, suporte familiar, cuidador, grupos comunitários, frequência a templos religiosos, hábitos sociais, etilismo, tabagismo, outras drogas.				
5 - EXAME FÍSICO				
Aspecto geral: (estado mental/emocional e neurológico)				
Integridade física (limitação), condições para locomoção, condições do vestuário (adequação/higiene), biótipo (longilíneo, (normolíneo,brevelíneo).				
Parâmetros: Vitais e Antropométricos	PA_____mmHg	Pulso_____bpm	FR_____irpm	Tax_____°C
	Dor (escore de 0 a 10)		Peso_____Kg	Altura_____m
	Circunferência Abdominal_____cm			IMC: Peso/Altura²
	( )≤19 Baixo peso ( )20-24 Normal ( )25-29 Sobrepeso ( )30-35 Obeso ( ) >35 Ob. Mórbida			
Condições dos Segmentos				
Cabeça: Couro cabeludo: integridade (alopecia, calvície, características dos cabelos). Higiene. Pediculose.				
Face: cor, expressão facial (dor, tristeza e alegria), cicatrizes e lesões, atipias (Cushingóide, hipocráticas, leonina), uso de O2 (CN, MF, VNI), saturação de O2.				
Órgãos dos sentidos: visão, audição, olfato, gustação e tato (descrever quais estão alterados). Ex.: usa óculos para ler; acuidade auditiva ↓ à D; usa aparelho auditivo; perda da gustação pós QT; etc.				
Cavidade oral: lesões, condições dos dentes, uso de próteses. Infecção fúngica.				
Pescoço: Tireóide/Gânglios: perceptíveis ou não a palpação, cirurgias prévias. Jugulares: ( ) Normais ( ) Ingurgitadas				
Tronco: Tórax: padrão respiratório, expansibilidade torácica, simetria, ausculta, cicatrizes, mamas, drenos.				
Abdome: Palpação (visceromegalias, massas, dor, cicatrizes; Inspeção (ascite, teleangectasias, aranhas vasculares, estoma/drenos/incisões cirúrgicas, hérnias); Ausculta (peristaltismo, borborismo); Percussão (timpanismo, macicez). Delimitar regiões: Hipocôndrio D e E, Flanco D e E, Epigástrica, Mesogástrica, Hipogástrica e Fossa Ilíaca D e E.				
Dorso/Lombo-sacra: dor: intensidade, tipo e local. Alterações anatômico-fisiológicas.				
Regiões genital/perianal: ( )Íntegras ( )Lesão/ secreção. Descrever alterações.				
Membros:				
Superiores: mobilidade, integridade, força muscular, rede venosa, cicatrizes, lesões.				
Inferiores: motilidade, força muscular, perfusão, cor, temperatura das extremidades, varizes, edema (+/4+), lesões, cicatrizes.				
6 - IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR				
•Julgamento do entrevistador sobre as informações prestadas ou impressões.				
•Parecer do profissional sobre o cliente neste primeiro contato: comunicação, enfrentamento, suporte, acessibilidade.				
7 - DADOS CLÍNICOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM				
Resultados de exames complementares (laboratoriais ou de imagem): anotar resultados alterados de exames laboratoriais e de imagem contributivos para elaboração dos diagnósticos de enfermagem (provas funcionais, hemograma, bio (química, ionograma). Exames comprobatórios de diagnóstico médico (problemas colaborativos de enfermagem).				
Especificação da Terapêutica (propedêutica, cirurgia, medicações específicas , tratamentos de suporte)				
Enfermeiro:_____			COREN:_____	

Título: Orientação para o registro do Sistema de Assistência de Enfermagem – SAE -

Apêndice P

PROJETO SAE

Roteiro para Evolução de Enfermagem _ Saúde do Adulto

Data e horário: **ENFERMEIRO**

1. Estado mental e emocional do paciente. Sono /repouso;
2. Motivo da Internação;
3. Queixas;
4. Comentário sobre os dados vitais e dor;
5. Exame físico e céfalo-caudal, incluindo
   - 5.1 Cabeça: integridade, alopécia. Órgãos dos sentidos;
   - 5.2 Pescoço: jugulares, nódulos, acesso venoso;
   - 5.3 Tórax: aparelho respiratório e cardiovascular;
   - 5.4 Membros superiores: rede venosa, fístula arteriovenosa;
   - 5.5 Abdome: Sistema gastrointestinal: ingesta, tolerância alimentar, eliminações;
   - 5.6 Pelve: Geniturinário: balanço hídrico, diurese, dispositivos de eliminação;
   - 5.7 Membros inferiores: edema, varizes, cor, temperatura, perfusão.
6. Sistema Tegumentar e pele. Aplicar Escala de Braden;
7. Dependência no autocuidado;

Encerrar com os dizeres: Vide Diagnósticos e Prescrição de Enfermagem. Carimbar e assinar.

OBS.: Os cateteres, dispositivos de eliminação, feridas cirúrgicas, lesões, úlceras e cicatrizes são comentados conforme o sistema e/ou região anatômica, onde se localizam.

FIM

Título: Passagem de plantão

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
07/2009	ADM 04.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem.

Quando:
A cada troca de plantão.

Onde:
Nas Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Serviços de Diagnóstico, Terapêutica e Propedêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
2 equipes de enfermagem, a que esta encerrando e a que esta iniciando;
1 sala reservada com mesa e cadeiras em número suficiente para os membros da equipe;
1 relógio de parede de fácil visualização e ajustado conforme a hora oficial de Brasília;
1 caneta esferográfica e uma marca texto (opcional);
1 impresso próprio para a atividade com nome, nº leito, diagnóstico e clínica do paciente ("passômetro").

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3 e 3/3.

Resultado esperado:
Fornecer à equipe que assume o plantão informações relativas à evolução do estado de saúde dos pacientes e sobre o funcionamento da unidade, encaminhamentos, pendências e outros de forma a assegurar a continuidade da assistência de Enfermagem nas 24 horas do dia.

Em caso de não conformidade:
Caso ocorra algum tipo de emergência durante a passagem de plantão, o enfermeiro responsável pelo turno que se inicia deverá dar suporte à situação de emergência;
Se por qualquer motivo um profissional não participar da passagem de plantão, deverá assim que chegar se dirigir ao enfermeiro responsável para justificar sua ausência. O enfermeiro deverá avaliar a justificativa do técnico para passar as informações sobre os pacientes que estarão sob seus cuidados.

Bibliografia consultada: vide página 2/3.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ana Cristina R Figueiredo Anna Alessandra M. de Meira Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		AAbril/2006
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Claudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Dezembro/ 2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Passagem de plantão

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
07/2009	ADM 04.1	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:
CAMARGO, A. T. et al. **Passagem de plantão como instrumento de comunicação em instituição hospitalar.** In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6, 1998, Ribeirão Preto. Anais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1998. p.74-78.
EMITTO, E. **Manual de Anotação de Enfermagem.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
SILVA, E. E; CAMPOS, L. F. **Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura.** Cogitare Enferm., Curitiba, v. 12, n. 4, p. 502-507, out./dez. 2007.
SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. **Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias.** Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 18, n. 4, p. 446-451, 2005.
OSCAR, M. F. A. **Análise da passagem de plantão na unidade de enfermagem do serviço de radiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Rev. Gaúcha. Enferm., Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 109-114, jul. 1996.
ZOEHLER, K.G.; LIMA, M. A. D. S. **Opinião de auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão.** Rev. Gaúcha. Enferm., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 110-124, jul. 2000.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. As equipes deverão reunir-se na sala para iniciar a passagem de plantão às 7:00, 13:00 e 19:00 horas;
2. deve-se seguir o horário indicado pelo relógio de parede da unidade (oficial de Brasília);
3. a equipe que inicia o plantão deverá estar uniformizada e com material de bolso, pontualmente reunida com a equipe que encerra o mesmo;
4. o tempo dessa atividade não deve ultrapassar 20 minutos;
5. as pessoas devem estar atentas e concentradas, evitando conversas paralelas;
6. de posse da caneta e do impresso próprio, preferencialmente o enfermeiro, que assumirá o plantão registrará as informações transmitidas pela equipe de enfermagem;
7. as informações devem ser transmitidas de forma objetiva, clara e precisa, na forma escrita e verbal;
8. preferencialmente, passar primeiro os pacientes mais graves e complexos;
9. identificar adequadamente o paciente (nome, leito, diagnóstico, clínica);
10. as informações transmitidas deverão contemplar
    - 10.1 evolução objetiva do estado de saúde: melhora, piora ou estabilidade de acordo com o diagnóstico e/ou tratamento;
    - 10.2 especificar cuidados de maior relevância e/ou realçar as pendências
      - 10.2.1 sinais vitais – se alterados – conduta e resultado;
      - 10.2.2 cirurgias – tipo e dia de pós-operatório (DPO);
      - 10.2.3 infusão de soroterapias e hemotransfusões: Comum – especificar qual a ordem no esquema e a infusão pôr minuto ou ML/HORA. Especiais (que exijam observação rigorosa) acrescentar ao item anterior – qual tipo ex: Nora, Dobuta, Heparina. Acessos vencidos ou a vencer;
      - 10.2.4 exames – qual, onde (se fora do HC), a que hora, se jejum - há quanto tempo, se fez preparo e qual o efeito;

Título: Passagem de plantão

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
07/2009	ADM 04.1	VDTE 016009		3 de 3

10.2.5 curativos/drenos/ostomias/áreas de sofrimento – se secreção – qual a característica e quantidade, se trocou – o que usou e se necessita nova troca;
10.2.6 sondas – indicação, infusão ou drenagem, presença de estase, características e volume de drenagens;
10.2.7 oxigenoterapia – dispositivo e volume ofertado; se em uso de saturímetro a porcentagem atingida;
10.2.8 alimentação e hidratação - aceitação e quantidade;
10.2.9 eliminação – características e quantidade;
10.2.10 locomoção – acamado, sentado, deambula, necessita ajuda;
10.2.11 grau de autonomia – independente, dependência parcial (especificar) ou total;
10.3 relatar as intercorrências, a atitude tomada e o resultado obtido;
10.4 leito vago – limpo ou sujo, se solicitado, se reservado – para quem e/ou até quando;
10.5 isolamentos - tipo de precauções;
10.6 medicações pendentes e justificativas;
10.7 propostas de condutas ante as intercorrências com o paciente;
10.8 relatar pendências, situações específicas da gestão da unidade e os resultados obtidos;
11. ao final do plantão o impresso deverá ser arquivado conforme rotina do setor.

FIM

Título: "Corrida de leito"

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 05.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiros.

Quando:
No início do plantão, logo após a passagem do mesmo, para possibilitar o planejamento da assistência de Enfermagem.

Onde:
Unidade de Internação, Centro de Tratamento Intensivo, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Serviços de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

material de bolso (caneta, termômetro, tesoura e garrote);
esfignomanômetro com estetoscópio;
impresso com a passagem do plantão;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide pagina 2/3.

Resultado esperado:
Propiciar o conhecimento dos pacientes, de modo a identificar suas realidades clínicas, suas necessidades, os cuidados para seu conforto e recuperação da saúde, bem como a organização das enfermarias. A partir de então, estabelecer prioridades no desempenho dos cuidados, planejando assistência de Enfermagem como um todo.

Em caso de não conformidade:
Em caso de ausência, número insuficiente de enfermeiros ou ocorrer algum tipo de emergência, a "corrida de leito" não será realizada.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Lei n. 7.498, d**e 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Bruna Tinoco Pereira Camila Alessandra de Brito Gabriela Corrêa Pontes Eliane M. Palhares Guimarães	Acadêmica 9º período EEUFMG Acadêmica 9º período EEUFMG Acadêmica 9º período EEUFMG Professora Dra. da EEUFMG		10/11/2008 10/11/2008 10/11/2008 10/11/2008
Avaliado por	Antonieta Lourdes de Souza Claudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Dezembro/ 2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Janeiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: "Corrida de leito"

Data da emissão: 06/2009	Número da IT: ADM 05.1	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 3

Continuação da Bibliografia Consultada:
SOUSA, R. A. et al. **A comunicação durante a visita ao leito como fator de qualidade da assistência de enfermagem.** In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002.
PONTES, A. C. et al. **Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, maio/jun. 2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. Deverá conhecer o quadro clínico dos pacientes, conforme os relatos e registros da passagem de plantão;
2. deverá informar-se a respeito dos exames a serem realizados no seu turno de trabalho para que possa delegar o preparo requerido e a necessidade de agendamento prévio, transporte/ ambulância caso seja realizado em outra instituição;
3. verificar, confirmar e reorientar o profissional responsável pelo paciente, do jejum para realização de exames;
4. verificar os pedidos de hemotransfusões; horário de medicação, início ou continuidade de quimioterápicos.
5. a realização da corrida de leito não requer uma seqüência pré-estabelecida. No entanto, se possível, as enfermarias de isolamento deverão ser as últimas;
6. avaliar o paciente quanto
   - 6.1 estado geral;
   - 6.2 sono e repouso;
   - 6.3 conforto – dor, incômodos e outras queixas;
   - 6.4 nutrição e hidratação – aceitação;
   - 6.5 eliminações – características e frequência;
   - 6.6 mobilidade – no leito, não deambula, deambula com ou sem auxílio;
   - 6.7 presença ou risco de feridas e/ou lesões;
   - 6.8 validade – acessos venosos periféricos, curativos e equipos de infusão;
7. ao adentrar na enfermaria/quarto atentar para
   - 7.1 organização – unidade do paciente (leito, mesa de cabeceira e poltrona do acompanhante) carrinho de apoio, mesa do técnico de enfermagem, limpeza do piso e banheiro;
   - 7.2 excesso – cadeiras para acompanhantes; suportes de soro, equipamentos de oxigenoterapia e bombas de infusão sem uso; comadres e marrecos; materiais médico-hospitalares; frascos para aferição de diurese nos banheiros;
   - 7.3 validade – marrecos e comadres, almotolias e dispensadores de álcool e sabão líquido;
   - 7.4 verificar a identificação em cada leito com os nomes dos pacientes;
   - 7.5 o comportamento e a postura de cada paciente;
   - 7.6 acompanhantes – estados emocional, conduta ante a necessidade de alguma precaução, quantidade e disposição da bagagem e oferta de alimentos aos pacientes sem autorização do serviço de nutrição e dietética (SND);
8. questionar os técnicos e avaliar o funcionamento efetivo dos equipamentos e/ou dispositivos da enfermaria.
9. proporcionar o esclarecimento de dúvidas;

Título: "Corrida de leito"

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 05.1	VDTE 016009		3 de 3

10. orientar os pacientes e acompanhantes quanto à disposição de restos alimentares, risco para acúmulo de insetos;
11. informar os técnicos e auxiliares de enfermagem sobre as providências a serem tomadas a partir do que foi identificado;
12. executar as ações que forem de sua competência e possíveis de serem realizadas durante a corrida de leito;
13. procedimentos que demandam maior tempo deverão ser realizados após a conclusão da corrida de leito, de acordo com o planejamento elaborado;
14. registrar as observações e os procedimentos realizados no prontuário do paciente e no livro de ocorrências do setor.

FIM

Título: Elaboração de escala diária de serviço

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.1	VDTE 016009		1 de 2

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Logo após a passagem do plantão.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Setores de Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:

Conhecimento da Lei do exercício e do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
Conhecimento da Missão da Instituição e do Regimento da Vice Diretoria Técnica de Enfermagem;
Conhecimento das metas, objetivos, normas e rotinas do setor;
Conhecimento dos Recursos Humanos e do Perfil dos Pacientes/Clientes do setor;
Conhecimento da planta física e fluxo de trabalho do setor;
Escala mensal de trabalho;
Escala diária anterior;
01 impresso ou livro para a escala atual;
01 caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/2.

Resultado esperado:
Adequada distribuição de pacientes por servidor/funcionário, levando-se em conta a complexidade das tarefas a serem realizadas, condições e tempo de execução das mesmas, planta física e disponibilidade de recursos do setor, gravidade e/ou grau de dependência do paciente ou ainda "limitação ou capacidade" física do servidor e/ou indicação médica.

Em caso de não conformidade:
Em caso de faltas ou licenças não comunicadas com antecedência, a escala deve ser revista de imediato.

Bibliografia consultada: vide página 2/2

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira		Dezembro/2008
Avaliado por	Cláudia Melo Franco	Enfermeira		Dezembro/2008
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Junho/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Elaboração de escala diária de serviço

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.1	VDTE 016009		2 de 2

Bibliografia Consultada:

FONTE Primária, pesquisa realizada no local de acordo com fluxo prático.
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da instrução de trabalho:

INÍCIO

1. receber o plantão e avaliar: número de tarefas a serem executadas, complexidade, prioridades, etc;
2. verificar na escala mensal de trabalho o número de servidores disponíveis;
3. avaliar a força de trabalho disponível: suas habilidades, conhecimento, experiência, preferências, capacidade física (gravidez, alergias, limitação física, colunas, peso);
4. distribuir o quantitativo de tarefas pelo número de servidores;
5. verificar na escala diária anterior, os servidores que estavam escalados e começar a divisão pelos mesmos, dando seqüência à rotina seguida pelo setor;
6. completar a escala com os demais servidores;
7. apresentar a escala aos servidores, reforçar as prioridades para cada um e informar que a mesma pode ser alterada neste mesmo plantão, em decorrência de qualquer alteração nos encaminhamentos já propostos;
8. registrar a escala no impresso ou livro específico, colocar data e turno;
9. assinar e carimbar.

FIM

Título: Elaboração da escala de descanso noturno

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ADM 06.2	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Após o recebimento do plantão.

Onde:
Nas Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico e Serviço de Apoio (CME).

Condições necessárias:
Conhecimento da legislação trabalhista, das normas de elaboração de escalas, da rotina, recursos humanos, perfil dos pacientes, planta física e fluxo de trabalho do setor;
escala diária de serviço;
escala de descanso noturno anterior;
livro de escalas ou impresso próprio (ANEXO S) e caneta.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/4.

Resultado esperado:
Adequada distribuição do tempo de 2 (duas horas) para o descanso dos funcionários da equipe de enfermagem sem prejuízo para os pacientes, a equipe e a instituição.

Em caso de não conformidade:
Em caso de mudança no decorrer do plantão para maior ou menor complexidade, o enfermeiro deverá reavaliar a escala.

Bibliografia consultada: continua na página 2/4
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira		Março/2009
Avaliado por	Claudya Jannayra T. Gayer Claudia M.M. Franco Silva Fábio Gontijo Boaventura Luciana Maria dos Santos	Enfer. Coord. Téc. Assistencial Enfermeira Enfer. Coord. Téc. Assistencial Enfer. Coord. Téc. Assistencial		Março/2009
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Março/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Elaboração da escala de descanso noturno

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ADM 06.2	VDTE 016009		2 de 4

Continuação da Bibliografia Consultada:

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA-Casa Civil. **Decreto-Lei Nº 5.452,** de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA-Casa Civil. **Lei Nº 8.112,** de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA-Casa Civil. **Lei Nº 9.527 d**e 10 de dezembro de 1997. Altera dispositivos das Leis Nº 8.112 de 11/12/90; 8.460 de 17/09/92 e 2.180 de 05/02/1954 e da outras providências.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Projeto de Escala Mensal de trabalho.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho

INÍCIO

1. Receber o plantão;
2. elaborar escala diária de serviço conforme ITO correspondente;
3. acompanhar o desenrolar do serviço;
4. avaliar o desenvolvimento dos serviços: força de trabalho disponível x número e complexidade dos pacientes;
5. verificar a escala de descanso anterior para seguir o rodízio de horários ou a preferência dos servidores conforme o acordado pela equipe;
6. fazer a escala para o descanso dividindo a equipe em 3 (três) períodos de 2 (duas) horas com a seguinte composição: no máximo 40% e no mínimo 30% da equipe 00:00 às 02:00 02:00 às 04:00 e 04:00 às 06:00;
7. apresentar a escala aos funcionários e informar que a mesma pode ser alterada em decorrência de uma emergência;
8. o enfermeiro fará o rodízio de horários com ele próprio;
6. registrar a escala no impresso ou livro específico colocando a data e o turno;
7. assinar e carimbar;
8. arquivar em local seguro ao final do plantão.

FIM

Título: Elaboração da escala de descanso noturno

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
04/2009	ADM 06.2	VDTE 016009		3 de 4

ANEXO S - Escala de descanso noturno

ESCALA DE DESCANSO NOTURNO
1º -QUINZENA

Data	0:00 as 2:00 horas		2:00 as 4:00 horas		4:00 as 6:00 horas		Responsável
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

2°-QUINZENA

Data	0:00 as 2:00 horas		2:00 as 4:00 horas		4:00 as 6:00 horas		Responsável
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Título: Elaboração da escala mensal de trabalho

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.3	VDTE 016009	1ª em 08/ 2010	1 de 4

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
Mensalmente em três etapas, nos 12º dia, 20º dia e 28º dia.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Serviços de Apoio, Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Conhecer as Normas de Escala Mensal de Trabalho;
conhecer o Manual de Instruções: Nova escala mensal de trabalho de enfermagem;
impresso da escala mensal de trabalho do setor do mês para qual se vai elaborar (ANEXO T);
escala mensal de trabalho atual da equipe do setor;
escala anual de férias da equipe do setor;
controle de finais de semana e feriados da equipe do setor;
caneta, lápis, borracha, computador ligado a Intranet com Impressora.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3.

Resultado Esperado: vide página 2/4.

Em caso de não conformidade: vide página 2/4.

Bibliografia consultada: vide página 2/4.

Histórico da revisão: Em agosto de 2010 devido mudança no processo de operacionalização da escala em rede houve alterações no anexo T.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ângela Aparecida Lima Claudya Jannayra T. Gayer Rosângela Oliveira Santos Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2006 Janeiro/2009
Avaliado por	Eliane Marina P. Guimarães Maria Dirce Mendonça	Professora Coord.Enferm.		Outubro/2006 Janeiro/2009
Aprovado por	Dionéia Paula B. de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Outubro/2006 Fevereiro/2009
Revisado por	Maria Gabriela Mendes Pereira Antonieta Lourdes de Souza Cláudia Melo Franco	Acadêmica de Enfermagem EEUFMG Enfª. Comissão ITT Enfª. Coord. Comissão ITT		Agosto/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Elaboração da escala mensal de trabalho

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.3	VDTE 016009	1ª em 08/ 2010	2 de 4

Em caso de não conformidade:
Em caso de atraso na disponibilização na INTRANET ou entrega à VDTE, a escala deverá ser encaminhada com uma justificativa por escrito.

Resultado Esperado:
A distribuição quali/quantitativa adequada dos funcionários da equipe de enfermagem de uma Unidade ou Setor durante todos os dias do mês e nos diversos turnos de serviços, de forma a responder à necessidade de cuidados requeridos pelos pacientes, tendo como referência o cálculo de pessoal definido para a Unidade /Setor, os direitos/deveres do funcionário e as normas regulamentadoras dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

Bibliografia consultada:
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Normas de escala mensal de trabalho.** Belo Horizonte, 2007.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

PRIMEIRA ETAPA – 12º dia do mês em curso.

1. Preencher completa e corretamente o cabeçalho do impresso da escala mensal de trabalho (ANEXO T);
2. certificar que os cargos, vínculos, horários, nº de inscrição do COREN, nome de todos os funcionários e nº. de inscrição da instituição estão corretos;
3. certificar que os finais de semana, feriados e o nº de dias do mês estão corretos, ex: 28/29, 30/31;
4. certificar que as colunas de finais de semana e feriado estão destacadas corretamente;
5. anotar o nº de folgas de direito vigentes no mês no canto superior direito do impresso;
6. verificar na escala anual de férias, a existência das mesmas no período e assinalar os dias;
7. verificar na escala mensal de trabalho atual a existência de licenças prolongadas ou previstas para o período e assinalar os dias, exemplo: gala, prêmio, maternidade/paternidade;
8. liberar o impresso para a equipe colocar as preferências individuais de folga até o 20º dia do mês;

SEGUNDA ETAPA – 21º dia do mês em curso

9. recolher o impresso da escala e fazer a primeira avaliação contando e anotando no mesmo: na vertical o número de funcionários trabalhando por dia e na horizontal o número de folgas por funcionário;
10. assinalar o que estiver em desacordo com as normas, devolver para a equipe rever e refazer até o 24º dia;

Título: Elaboração da escala mensal de trabalho

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.3	VDTE 016009	1ª em 08/ 2010	3 de 4

11. no 25º dia do mês recolher o impresso com as preferências de folgas revistas pela equipe;
12. conferir e ajustar, se preciso, de acordo com as normas
    12.1 número mínimo de funcionários trabalhando por dia útil ou escala mínima de final de semana **e** feriado;
    12.2 número máximo de 09 dias de folgas consecutivas (lembrar de comparar final de uma com o começo da outra);
    12.3 número máximo de 06 dias trabalhados consecutivos (lembrar de comparar final de uma escala com início da outra);
    12.4 distribuição equivalente de finais de semana e feriados entre os servidores da equipe;
    12.5 número de folgas igual ou próximo ao número de folgas vigentes no mês, exceto em situações especiais ou necessidade do serviço;

TERCEIRA ETAPA - 28º dia do mês em curso

13. concluir, digitar segundo o manual de instruções: nova escala mensal de trabalho de enfermagem e disponibilizar a escala na intranet;
14. imprimir (2 cópias), assinar (se foi feita pelo enfermeiro de turno, deverá ser assinada também pelo enfermeiro coordenador), carimbar, disponibilizar uma cópia em lugar visível para toda a equipe e encaminhar a outra para a VDTE.

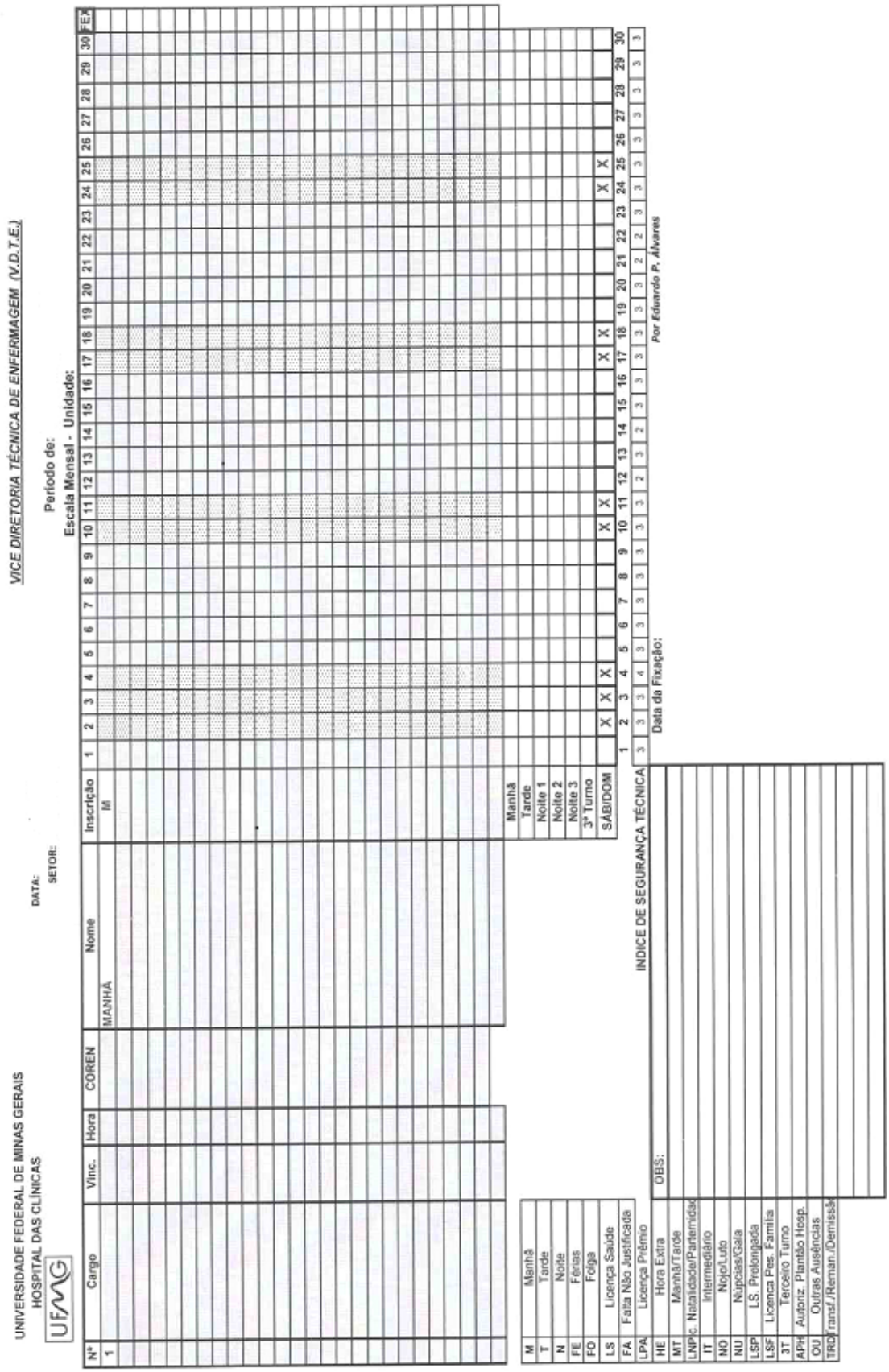
FIM

Título: Elaboração da escala mensal de trabalho

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.3	VDTE 016009	1ª em 08/ 2010	4 de 4

ANEXO -T

ESCALA MENSAL DE TRABALHO



Título: Elaboração da escala anual de férias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.4	VDTE 016009		1 de 4

Quem:
Enfermeiro Coordenador da Unidade ou Setor.

Quando:
Anualmente de 15 de Agosto a 30 de Outubro.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Centro de Apoio, Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica, Vice-diretoria Técnica de Enfermagem e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Impresso para a elaboração da escala padronizado pela VDTE (ANEXO U);
Lápis, caneta e borracha;
Escala mensal de trabalho atual;
Escala de férias do ano anterior;
Conhecimento das normas relativas às férias do servidor do Manual de Legislação de Pessoal da UFMG.

Descrição da Instrução de Trabalho: Vide página 2/5.

Resultado esperado:
A distribuição adequada das férias na equipe por turno, cargo e função sem prejuízo da assistência, dos funcionários ou da Instituição.

Em caso de não conformidade:
Em caso de transferência, exoneração ou admissão de funcionários à equipe a escala deve ser revista pelo Coordenador.

Bibliografia consultada: continua na página 2/4
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Luciana Maria dos Santos Rosângela Oliveira Santos Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2006 Fevereiro/2009
Avaliado por	Eliane Marina Palhares Guimarães Claudia Melo Franco Maria Dirce Mendonça	Professora EEUFMG Enfermeira Coord. Enfermagem		Outubro/2006 Fevereiro/2009
Aprovado por	Dionéia Paula B. de Sousa Leonor Gonçalves	VDTE Adjunta VDTE Titular		Outubro/2006 Fevereiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Elaboração da escala anual de férias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.4	VDTE 016009		2 de 4

Continuação da Bibliografia Consultada:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Pro Reitoria de Recursos Humanos – Departamento de Pessoal. **Manual de Legislação de Pessoal - V**ersão 7. Página 55.1. Belo Horizonte. Novembro/99.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. No dia 15 de Agosto de cada ano, preencher completa e corretamente o cabeçalho e até a sexta coluna do impresso da escala anual de férias (ANEXO U);
2. certificar-se que os cargos, vínculos, horários, nº de inscrição e nome de todos os funcionários estão corretos;
3. verificar na escala anual de férias anterior o(s) funcionário(s) que estão com férias iniciando em dezembro e que vão terminar em janeiro e já assinalar estes dias de janeiro;
4. verificar na escala mensal de trabalho a existência de licenças prolongadas ou previstas para o período e assinalar o(s) mês (es), exemplo: gala, prêmio, maternidade/paternidade;
5. liberar o impresso da escala para a equipe colocar as preferências de férias até dia 30 de setembro (45 dias);
6. no dia 01 de outubro, recolher o impresso com as preferências, analisar e verificar principalmente se há mais de 10% de solicitação para o mesmo período por turno de trabalho;
7. assinalar os que estiverem nesta situação ou outras irregularidades, devolver para a equipe rever e refazer até o dia 15/10;
8. no dia 16 de outubro, recolher o impresso novamente, após a revisão da equipe, conferir, analisar e ajustar se necessário
   8.1 férias UFMG serão programadas para exercício no ano vigente;
   8.2 os servidores celetistas não podem acumular dois períodos de férias;
   8.3 somente até 10 % da equipe de enfermagem poderão sair de férias a cada turno de trabalho;
   8.4 os meses de julho, dezembro e janeiro deverão ser priorizados entre servidores em atividade escolar ou com filhos em idade escolar, atentando para o fato de que poderá ser usufruído o máximo de 15 dias consecutivos no mesmo mês. Exceto se não houver mais solicitantes;
   8.5 quando no mesmo período e turno houver, mas de 10% de solicitação, deverá ser priorizado quem não teve sua solicitação atendida no ano anterior e assim sucessivamente;
   8.6 na possibilidade de ter vários solicitantes para o mesmo período e todos se enquadrarem nos critérios anteriores deverá ser realizado sorteio;
9. caso o coordenador delegue a elaboração das escala ao enfermeiro assistencial, a mesma, após assinada por este, deverá ser referendada e assinada, também pelo enfermeiro coordenador;
10. até 30 de outubro o coordenador de enfermagem deverá encaminhar a escala de férias concluída, para análise e aprovação do coordenador técnico assistencial na vice diretoria técnica de enfermagem;

Título: Elaboração da escala anual de férias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.4	VDTE 016009		3 de 4

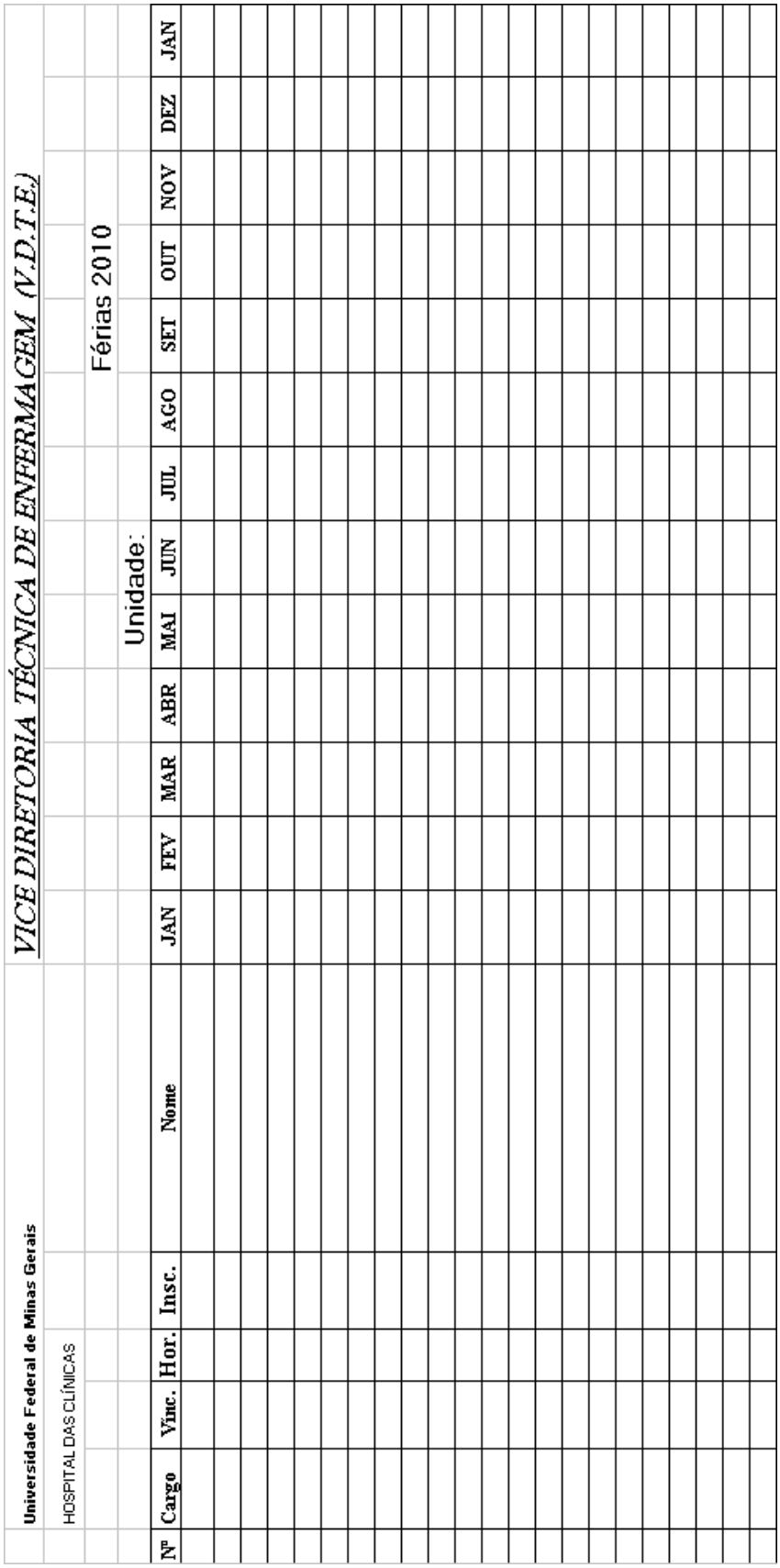
11. a escala de férias aprovada pela VDTE deverá ser disponibilizada em local que possa ser consultada pela equipe de enfermagem;
12. as alterações da escala de férias poderão ocorrer após deferimento do coordenador da unidade e VDTE;
13. a escala deverá ser arquivada na secretaria da unidade/setor por um prazo de 05 anos.

FIM

Título: Elaboração da escala anual de férias

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 06.4	VDTE 016009		4 de 4

ANEXO U - Escala de férias da equipe de enfermagem



Universidade Federal de Minas Gerais

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

VICE DIRETORIA TÉCNICA DE ENFERMAGEM (V.D.T.E.)

Unidade:

Férias 2010

Nº	Cargo	Vinc.	Hor.	Insc.	Nome	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN

Título: Troca de plantão na equipe de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 07.1	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Por solicitação escrita do funcionário no máximo duas trocas no período vigente da escala (diurno e noturno).
Por necessidade do serviço.

Onde:
Deverão ser registradas na escala mensal de trabalho, frente e verso.

Condições necessárias:
Conhecer as Normas de Escala Mensal de Trabalho;
Conhecer as Normas específicas para troca de plantão;
escala mensal de trabalho da equipe do setor, atual;
impresso de troca de plantão da VDTE em duas vias (ANEXO V);
caneta, lápis e borracha.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3.

Resultado esperado:
Atender à necessidade do funcionário e do serviço, sem prejuízo para a assistência aos pacientes, a instituição e sem afetar a saúde físico-psíquica dos funcionários envolvidos ou da equipe. Normatização das alterações na escala mensal de trabalho.

Em caso de não conformidade:
O funcionário que solicitar a troca de plantão e não fizer a reposição conforme o combinado (exceto licença saúde com atestado) terá suspenso por 30, 60 ou 90 dias, conforme a gravidade, o seu direito de trocar plantões, além de ser creditada FALTA em sua folha de ponto e registrada em sua ficha funcional. Em caso de reincidência terá suspensão do direito de troca.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta L. de Souza Cláudia Melo Franco	Enfermeira Enfermeira		Janeiro/2009
Avaliado por	Maria Dirce Mendonça	Enfer. Coorden.		Janeiro/2009
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Fevereiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Troca de plantão na equipe de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 07.1	VDTE 016009		2 de 3

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Normas de escala mensal de trabalho.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Normas específicas para troca de plantão.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

1. O funcionário interessado na troca deverá buscar junto aos seus pares, membros da equipe de enfermagem, alguém que se disponibilize em proceder à troca;
2. os dois preencherão o impresso de troca de plantão completa e corretamente, com letra legível, sem rasura, em duas vias, assinarão e entregarão ao Enfermeiro de turno ou ao Coordenador (no caso de enfermeiros);
3. o Enfermeiro de turno ou Coordenador receberá e verificará junto à escala mensal de trabalho
   3.1 certificar que é no máximo o segundo pedido de troca de plantão do solicitante;
   3.2 certificar que a troca e a reposição estão dentro da escala atual;
   3.3 certificar que a troca não vai somar além dos seis dias consecutivos de trabalho ou nove dias consecutivos de folga, que é o máximo permitido, conforme as normas de escala;
4. estando tudo certo lembrar aos interessados que não é permitido acrescentar um terceiro funcionário na troca e nem troca de plantão remunerado;
5. em caso de troca de plantão ou qualquer alteração na escala, por necessidade do serviço ex: dobra por falta ou licença saúde, o Enfermeiro ou Coordenador da enfermagem seguirá as mesmas orientações do item 3 cima; nestes casos o próprio Enfermeiro ou Coordenador providenciará a reposição em caso de troca de plantão;
6. proceder a troca na escala, circulando a folga (F) do dia que será retirada e acrescentando à caneta a nova folga (F) no dia combinado;
7. registrar no verso da escala de trabalho, o nome do funcionário solicitante, o substituto, os dias das trocas e assinar a seguir;
8. o enfermeiro ou Coordenador assinará as duas vias do impresso de troca de plantão e encaminhará uma via para o Coordenador Técnico Assistencial na VDTE e a outra para o Coordenador de Enfermagem arquivar na Unidade em questão;
9. retornar com a escala mensal de trabalho ao seu local de fixação.

FIM

ANEXO V -Troca de plantão

Título: Troca de plantão na equipe de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 07.1	VDTE 016009		3 de 3

UNIDADE: _____

Em, _____ de _____ de 20____
Solicito autorização para que o servidor _____
(nome e número de inscrição)
substitua-me no dia ____/____/____, de _____ às _____ hs e comunico que a reposição será feita no dia ____/____/____ às _____horas.

Motivo da troca: _____
_____

_____ _____
Assinatura do servidor Assinatura do solicitante

Responsável pela reposição
Em ____/____/_____ De acordo: ( )SIM ( )NÃO

_____ _____
Enfermeiro do Turno Coordenador de Enfermagem

UNIDADE: _____

Em, _____ de _____ de 20____
Solicito autorização para que o servidor _____
(nome e número de inscrição)
substitua-me no dia ____/____/____, de _____ às _____ hs e comunico que a reposição será feita no dia ____/____/____ às _____horas.

Motivo da troca: _____
_____

_____ _____
Assinatura do servidor Assinatura do solicitante

Responsável pela reposição
Em ____/____/_____ De acordo: ( )SIM ( )NÃO

_____ _____
Enfermeiro do Turno Coordenador de Enfermagem

Título: Condutas para solicitar remanejamento de setor/turno

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 07.2	VDTE 016009	1ª. 10/2010	1 de 3

Quem:
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Quando:
Após divulgação da demanda existente pela VDTE.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Apoio, Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Impresso de Solicitação de Remanejamento (ANEXO X);
três anos de efetivo exercício na Unidade/Setor em que estiver lotado, salvo exceções por motivos de estudo ou adoecimento que devem ser comprovados, respectivamente, por matrícula com grade curricular e laudo médico;
Avaliação de Desempenho mais recente do solicitante;
caneta;

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3.

Resultado esperado:
O deslocamento do funcionário de setor e/ou turno sem prejuízo do mesmo ou da Instituição.

Em caso de não conformidade:
Em caso de discordância com algum item da avaliação, agendar reunião com o Enfermeiro de turno, Coordenador de enfermagem do setor e Coord. Técnico Assistencial representando a VDTE.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão: Em Outubro/2010, devido à alteração das normas de remanejamento, houve, conseqüentemente, alteração do anexo e do seu preenchimento.

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Ângela Aparecida Lima Rosângela de O. Santos Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira Enfermeira Enfermeira		Outubro/2006 Fevereiro/2009
Avaliado por	Claudia Melo Maria Dirce Mendonça	Enfermeira Coord.Enferm		Fevereiro/2009
Aprovado por	Dionéia Bodevan Leonor Gonçalves	Enfermeira VDTE Titular		Outubro/2006 Fevereiro/2009
Revisado por	Thânia A. G. da Silva Barbosa Elaine Araújo Silva Antonieta Lourdes de Souza	Enfª. Coord. Téc. Assistencial Enfª. Coord. Téc. Assistencial Enfª. Comissão ITT		Outubro/2010
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Condutas para solicitar remanejamento de setor/turno

Data da emissão:	Número da IT :	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 07.2	VDTE 016009	1ª. 10/2010	2 de 3

Bibliografia consultada:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n. 7.498,** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 12/08/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Regimento Interno.** Belo Horizonte, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. **Normas para remanejamento de pessoal.** Belo Horizonte, 2007.

Descrição da Instrução de Trabalho

INÍCIO

1. Preencher o cabeçalho do impresso corretamente, sem rasuras e com letra legível;
2. entregar para a chefia imediata e submeter-se à avaliação da mesma, com base na Avaliação de Desempenho e nos itens a ela destinados;
3. o solicitante e a chefia assinam;
4. Anexar os documentos para comprovação de nível de escolaridade (histórico, declaração/diploma, carteira do conselho), de cursos de capacitação (declaração/diploma), e do motivo da solicitação (em casos de doença ou necessidade de readequação de jornada para estudo);
5. certificar-se do preenchimento completo de todos os campos;
6. encaminhar para a VDTE que preencherá os demais itens, seguindo as normas para remanejamento de pessoal, somará os pontos e colocará em ordem de classificação;
7. aguardar o resultado da classificação e ou agendamento de entrevista;
8. a chefia da VDTE fará contato com o interessado no momento que surgir a vaga solicitada;
9. os problemas de saúde que vierem a surgir poderão ter prioridade no processo, após avaliações específicas para cada caso;
10. a solicitação terá validade para o ano em curso no momento que é formulada; pedidos não renovados serão automaticamente arquivados.

FIM

ANEXO X - Solicitação de Remanejamento

Vice Diretoria Técnica de Enfermagem

SOLICITAÇÃO DE REMANEJAMENTO INTERNO

DADOS DO SERVIDOR

Nome completo: _____ Vínculo: ( ) FUNDEP ( ) UFMG

Cargo/Função: _____ Setor atual: _____ Turno Atual: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Telefone(s): _____ E-mail: _____

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Data: _____/_____/_____ Setor solicitado: _____ Turno(s): ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

CRITÉRIOS AVALIADOS (PREENCHIMENTO PELO SERVIDOR)

1) Idade
( ) ≤ 29 anos - 0 ponto
( ) De 30 a 39 anos - 1 ponto
( ) De 40 a 49 anos - 2 pontos
( ) ≥ 50 anos - 3 pontos
Data de Nascimento: _____/_____/_____

2) Flexibilidade para Remanejamento
( ) Possui mais que 3 vínculos empregatícios - 0 ponto
( ) Possui 3 vínculos empregatícios - 0 ponto
( ) Possui 2 vínculos empregatícios - 2 pontos
( ) Trabalha somente no Hospital das Clínicas - 3 pontos

3) Tempo de Trabalho FUNDEP/UFMG
( ) ≤ 5 anos - 0 ponto
( ) De 6 a 10 anos - 1 ponto
( ) De 11 a 19 anos - 2 pontos
( ) ≥ 20 anos - 3 pontos
Data de Admissão: _____/_____/_____

4) Escolaridade
( ) Escolaridade básica exigida para o cargo - 0 ponto
( ) Graduação superior completa em outra área - 1 ponto
( ) Graduação superior completa na área de saúde - 2 pontos
( ) Pós Graduação completa na área de saúde - 3 pontos

5) Programa de Capacitação do HC-UFMG relacionado ao setor de interesse
( ) Não fez nenhum curso - 0 ponto
( ) Curso de Capacitação com carga horária ≤ 60h - 1 ponto
( ) Curso de Capacitação com carga horária > 60 e ≤ 120h - 2 pontos
( ) Curso de Capacitação com carga horária > 120h - 3 pontos

6) Motivo da solicitação
( ) Remanejamento divulgado - 0 ponto
( ) Solicitação avulsa por motivo de estudo - 2 pontos
( ) Solicitação avulsa por motivo de saúde sem laudo oficial e restritivo - 2 pontos
( ) Solicitação avulsa por motivo de saúde com laudo oficial e restritivo - 3 pontos

CRITÉRIOS AVALIADOS (PREENCHIMENTO PELA CHEFIA IMEDIATA)

7) Tempo de Trabalho na Unidade Atual
( ) ≤ 5 anos - 0 ponto
( ) De 6 a 10 anos - 1 ponto
( ) De 11 a 19 anos - 2 pontos
( ) ≥ 20 anos - 3 pontos
Rubrica da Chefia: _____
Data de Entrada: _____/_____/_____

8) Conhecimento Teórico-prático
( ) Insatisfatório - 0 ponto
( ) Regular - 1 ponto
( ) Bom - 2 pontos
( ) Ótimo - 3 pontos
Rubrica da Chefia: _____

9) Pontualidade
( ) > 6 atrasos/mês - 0 ponto
( ) De 3 a 5 atrasos/mês - 1 ponto
( ) < 2 atrasos/mês - 2 pontos
( ) Sem atrasos/mês - 3 pontos
Rubrica da Chefia: _____

10) Assiduidade
( ) Falta/Ano - 0 ponto
( ) LS > 15 dias/Ano - 1 ponto
( ) LS ≤ 15 dias/Ano - 2 pontos
( ) Sem Falta e LS/Ano - 3 pontos
Rubrica da Chefia: _____
Exceto: Lic. gestante, paternidade, gala, luto e/ou liberação para curso/congresso

11) Avaliação descritiva

TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos que as informações contidas neste documento são verídicas, estando cientes de que faltar com a verdade corresponde à transgressão disciplinar, sujeita a penalidades administrativas e suspensão do pedido.

SERVIDOR SOLICITANTE: _____

CHEFIA IMEDIATA: _____

RESULTADO E PARECER FINAL (PREENCHIMENTO PELA VDTE)

PONTUAÇÃO ALCANÇADA

_____ / **30 Pontos**

Critérios de desempate: ( ) Idade: _____ ( ) Tempo UFMG: _____

Obs.: _____

_____

ANEXAR CÓPIA DE DOCUMENTOS PARA COMPROVAÇÃO DE NÍVEL DE ESCOLARIDADE (HISTÓRICO, DECLARAÇÃO/DIPLOMA, CARTEIRA DO CONSELHO), DE CURSOS DE CAPACITAÇÃO (DECLARAÇÃO/DIPLOMA), E, SE MOTIVO DE ESTUDO OU ADOECIMENTO, MATRÍCULA COM GRADE CURRICULAR E LAUDO MÉDICO, RESPECTIVAMENTE.

SOMENTE SERÃO RECEBIDOS IMPRESSOS COM PREENCHIMENTO COMPLETO DE TODOS OS CAMPOS

Título: Normas para plantão particular de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 07.3	VDTE 016009		1 de 4

Normas para plantão particular de enfermagem

1. O funcionário deverá pertencer ao quadro de pessoal do HC (UFMG ou FUNDEP);
2. o funcionário deverá ser adequadamente qualificado para o tipo de atendimento a ser prestado;
3. a escala do plantão particular é de responsabilidade dos enfermeiros do andar e uma cópia deverá ser encaminhada a VDTE;
4. o horário de plantão particular deverá obedecer aos seguintes critérios
   4.1 duração máxima – 12 horas;
   4.2 intervalo entre os plantões – 12 horas;
5. a solicitação para o plantão particular deve ser uma necessidade exclusiva do paciente e/ou familiares e deverá ser dirigida a VDTE por escrito com justificativa. Somente a divisão poderá autorizar;
6. o plantão particular não desresponsabiliza os enfermeiros da avaliação da prestação da assistência (avaliando também o desempenho do funcionário);
7. deverá ser encaminhado a remuneração a ser paga ao funcionário com o ciente do paciente ou familiares de acordo com a tabela de honorários do COREN-MG;
8. será feito um rodízio com todos os funcionários interessados respeitando-se a preferência do paciente, familiares e médico responsável pelo paciente;
9. valor proposto:

Nível superior: 120,00 p/ 12 horas
Nível médio: 90,00 p/ 12 horas

*Revisão anual com base no IGPN.

Título: Normas para plantão particular de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 07.3	VDTE 016009		2 de 4

ROTINA PARA ESCALA DE PLANTÃO

1. O interessado deverá preencher o impresso de plantão particular (PARTE I);
2. o enfermeiro do turno ou coordenador da unidade deverá preencher verso do impresso (PARTE II) e enviar para VDTE;
3. a VDTE averiguará a solicitação e devolverá para Enfermeiro do turno da unidade para organizar a escala de plantão particular;
4. para escalar o plantão particular deverá ser observado
   - 4.1 grau de dependência do paciente e profissional adequado para o tipo de atendimento a ser prestado;
   - 4.2 o funcionário deverá pertencer ao quadro de pessoal HCL (UFMG-FUNDEP);
   - 4.3 duração máxima plantão particular 12:00, observando-se jornada de trabalho institucional;
   - 4.4 nomes sugeridos pelos familiares;
5. todos funcionários interessados e inscritos (ficha na VDTE), poderão ser escalados em sistema de rodízio, desde que qualificados para o atendimento;
6. o enfermeiro da unidade, responsável pela escala, deverá solicitar informações do funcionário ao enfermeiro do setor de origem;
7. os plantões particulares serão providenciados dentro das disponibilidades de Recursos Humanos da instituição, sem prejuízo para a mesma;
8. o enfermeiro do turno será responsável pelas atividades desenvolvidas pelo plantonistas;
9. cada plantonista deverá assinar no verso do impresso (2ª parte) para comprovar seu plantão e responsabilidade;
10. ao acompanhante do paciente é proibido desenvolver qualquer atividades de enfermagem bem como anotações no prontuário do paciente. Qualquer anormalidade ele deverá comunicar a enfermagem do andar ou plantão do andar de enfermagem.

Título: Normas para plantão particular de enfermagem

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
06/2009	ADM 07.3	VDTE 016009		3 de 4

APÊNDICE K - Solicitação de plantão de enfermagem -1ª Parte

Ser preenchida pelo solicitante

Nome do Paciente Apart.
Médico Responsável
Nome do Solicitante
Grau de Parentesco do Solicitante com o Paciente:
Motivo da Solicitação:
Turno Solicitado para o Plantão:
( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite
Período previsto para Plantão Particular:
Preferências de Plantonista:

Assinatura do Solicitante

Data de envio para Divisão Técnica de Enfermagem: _____

_____

Assinatura/Carimbo

Data de devolução da Divisão Técnica de Enfermagem para Área: _____

_____

Assinatura/Carimbo

Título: Normas para plantão particular de enfermagem

APÊNDICE K - Solicitação de plantão de enfermagem - 2ª Parte

SER PREENCHIDA PELO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE

Categoria do profissional necessário para o plantão:

( ) Enfermeiro ( ) Téc. Enf. ou Aux. Enf. Assistência ( ) Aux. Enfermagem

Determinação dos Plantonistas:

- Nome completo:
- Data do Plantão:
- Local de Trabalho/Turno:
- Turno do Plantão:

_____

Assinatura/Carimbo

Belo Horizonte, 09 de julho de 2001

Deliberado pelo Colegiado Gestor DTE em 09/07/2001

_____

Assinatura Chefia do Colegiado Gestor

Título: Fechamento de ponto

Data da emissão:	Número da IT:	Código: DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
07/2009	ADM 07.4	VDTE 016009		1 de 3

Quem:
Enfermeiro.

Quando:
No último dia útil do mês e no primeiro dia útil do mês subseqüente.

Onde:
Unidades de Internação, Pronto Atendimento, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, Setores de Apoio, Diagnóstico, Propedêutica e Terapêutica e Ambulatórios.

Condições necessárias:
Folha de ponto (folha de freqüência) assinada e sem rasuras (ANEXO Y);
Pasta com os impressos de controle de folgas em haver;
Escala mensal de trabalho;
Conhecimento das normas sobre administração de pessoal do Manual de Legislação de Pessoal da UFMG.

Descrição da Instrução de Trabalho: vide página 2/3.

Resultado esperado:
Ponto aferido sem prejuízo para o funcionário e a Instituição.
Produzir um documento formal comprobatório da carga horária cumprida, para cada funcionário, em atendimento a legislação trabalhista vigente.

Em caso de não conformidade:
Em caso de rasura, o responsável pela mesma, deve justificá-la confirmando ou desconsiderando e assinando ao lado.
Em caso de dia em branco (sem assinar), certificar-se do que ocorreu de fato (trabalhou ou não), justificar registrando o código de ausência e assinar.

Bibliografia consultada: vide página 2/3

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Antonieta Lourdes de Souza	Enfermeira		Fevereiro/2009
Avaliado por	Claudia Maria Melo Maria Dirce Mendonça	Enfermeira Coord. Enfermagem		Fevereiro/2009
Aprovado por	Leonor Gonçalves	VDTE Titular		Fevereiro/2009
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Data da emissão: 07/2009	Número da IT: ADM 07.4	Código: DIR VDTE 016009	Nº./Data/Rev.:	Página 2 de 3

Bibliografia Consultada:
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS DERAIS. Hospital das Clínicas. **Assessoria de Planejamento. Manual de Orientação às Chefias do HC-UFMG.** Belo Horizonte. Julho de 1998.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS DERAIS. Pro - Reitoria de Recursos Humanos – Departamento de Pessoal. **Manual de Legislação de Pessoal -** Versão 7. Página 55.1. Belo Horizonte. Novembro/99.

Descrição da Instrução de Trabalho

INÍCIO

1. Confirmar pela escala de trabalho, o número de folgas que o funcionário tem direito no mês;
2. conferir na folha de ponto ou de freqüência se todas as folgas (FO) foram gozadas
   2.1 se em número menor – anotar no impresso de controle de folgas em haver;
   2.2 se em número maior - justificar pelo controle de folgas em haver, referente “a que”;
3. conferir se o número de folgas consecutivas está dentro do máximo permitido (9);
4. conferir se o número de dias trabalhados consecutivos está dentro do máximo permitido (6);
5. verificar se todos os dias de trabalho foram assinados;
6. conferir troca (s) de plantão. Se houver, o funcionário deverá assinar o dia e turno que trabalhou;
7. conferir se os funcionários que trabalham mais de seis horas e quinze minutos cumprem o intervalo para refeição, registrando na folha de ponto ou freqüência;
8. registrar na folha de ponto o código de ausência referente ex: LS, FE, CO se for o caso, nos dias não assinados, sempre de acordo com a escala mensal de trabalho;
9. o próprio funcionário se encarregará de entregar a justificativa e/ou comprovante da ausência ao trabalho ao setor de Recursos Humanos com a ciência do Coordenador de Enfermagem e VDTE; o não comparecimento do servidor ao serviço, INJUSTIFICADAMENTE, ou atrasos, ausências e saídas antecipadas iguais ou superiores há 120 minutos no dia serão consideradas FALTAS com perda da remuneração do dia;
10. verificar os horários de chegada e saída e anotar o número de horas devidas ou ultrapassadas no espaço dedicado a observações e também no impresso de controle de folgas em haver;
11. datar, assinar, carimbar e passar para a secretaria protocolar e entregar no Setor de Recursos Humanos.

FIM

ANEXO Y – Folha de Presença

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

FOLHA DE PRESENÇA

	1.º TURNO		2.º TURNO			
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ASSINATURA	CÓDIGO DE AUSÊNCIA
01						
02						AC - Abandono de Cargo-Emprego.
03						AP - Afastamento no/do País.
04						AT - Acidente de Trabalho.
05						CO - Congressos, Cursos, Etc.
06						DJE - Disposição Justiça Eleitoral.
07						FA - Falta Não Justificada.
08						FE - Férias Regulamentares.
09						FO - Folga Relativa a .....
10						LAC - Licença p/ Acompanhar Cônjuge.
11						LAP - Licença p/ Atividade Política.
12						LN - Licença Gestante Adotante.
13						LP - Licença Paternidade.
14						LPA - Licença Prêmio por Assiduidade.
15						LS - Licença Saúde.
16						LSF - Licença Saúde Pessoa da Família.
17						NO - Nojo Luto por Pessoa da Família.
18						NU - Gala Licença por Casamento.
19						SC - Suspensão de Contrato.
20						ST - Suspensão de Trabalho.
21						VSH - Viagem a Serviço do Hospital.
22						OBSERVAÇÕES:
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

ATENÇÃO:

_Os dias não justificados (Ver Código de Ausência) serão computados como falta;
_As Folhas de Presença somente serão aceitas com a assinatura e identificação da chefia imediata;
_A entrega das Folhas de Presença deverá ser feita sempre no primeiro dia útil do próximo mês;
_O Servidor deverá assinar a Folha de Presença ao iniciar a jornada diária de Trabalho.
_ Na ausência de código, será lançado falta.

Local e Data

Assinatura e Identificação da Chefia Imediata

Título: Higienização das mãos

Data da Emissão:	Número do NT:	Código: UF DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
02/04/2008	20	CCIH 016005		1 de 3

Justificativa:
Durante a assistência ao paciente as mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos. Isso ocorre devido à capacidade das mãos abrigarem microrganismos, através da microbiota residente (microrganismos de baixa virulência presentes nas camadas profundas da pele) e da microbiota transitória (patógenos adquiridos durante a assistência colonizando as camadas superficiais da pele). Ambas podem ser disseminadas caso não realizem a higienização das mãos ao contato através do contato direto ou indireto com o paciente. Exemplificando as situações práticas como, manipulação entre pacientes, manipulação do mesmo paciente em sítios diferentes, manipulação de equipamentos, mobiliários, aparelhos, roupas, dentre outras. Outra forma de disseminação de patógenos no ambiente assistencial de saúde é a forma inadequada da higienização das mãos de acordo com o procedimento a ser realizado. A Higienização das Mãos (HM), fortemente embasada em estudos científicos, é a prática mais eficaz, simples e de baixo custo, para a prevenção da disseminação de microrganismos patogênicos entre os pacientes e profissionais de saúde e, consequentemente, as infecções relacionadas à assistência à saúde.

Recomendações: (vide págs. 2 e 3)

Alertas:

a) Secagem das mãos: antes do procedimento cirúrgico
- **Com papel toalha:** após a higienização das mãos com sabão anti-séptico (PVP-I degermante a 10%) pelo circulante, instrumentador, perfusionista e todos os profissionais após a higienização das mãos;
- **Com compressas estéreis:** após a degermação das mãos pelo anestesiologista (antes dos procedimentos invasivos – punção venosa central, raquianestesia e peridural) ou escovação pelo cirurgião.

b) Cuidados com as unhas
- Usar unhas curtas (comprimento não deve ser maior que 0,6 mm);
- Unhas artificiais não devem ser usadas no ambiente hospitalar.

Histórico da revisão:

Atividades	Nome	Cargo	Rubrica	Data
Elaborado por	Marilza R. Ribeiro Maria Letícia Braga	Enfermeiro Enfermeiro		02/04/2008 02/04/2008
Avaliado por	Gláucia Helena Martinho	Enfermeiro		
Aprovado por	Dionéia Bodevan Leonor Gonçalves	Enfermeira VDTE Titular		Outubro/2006 Fevereiro/2009
Validado pela CCIH (Quando necessário)	Wanessa Trindade Clemente	Presidente da CCIH		02/04/2008
Revisado por				
Retirado por				
Distribuição/Local: vide "onde", Gesqualis, VDTE, Diretoria, Biblioteca, Convênios, CCIH, EEUFMG e Cruz Vermelha				N° de cópias: 150

Título: Higienização das mãos

Data da Emissão:	Número do NT:	Código: UF DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
02/04/2008	20	CCIH 016005		2 de 3

c) Uso de luvas
- O uso de luvas não substitui a higienização das mãos

d) Uso de relógio, pulseiras, anéis, alianças
- É contra-indicado o uso destes acessórios, devendo ser retirados antes de higienizar as mãos.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Lavar as mãos: informação para profissionais de saúde.** Brasília, 1989, 39p;

Armond GA. **Técnica de Lavação das Mãos.** In: Martins MA. Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro. Medsi, 2001:319-324;

Boyce JM, Pittet D. **Guideline for hand hygiene in health-care settings,** MMWR, 2002; v.51, october 25;

Oliveira AC, Armond GA. **Higienização das Mãos.** In: Oliveira AC. Infecções Hospitalares: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro. Medsi – Guanabara Koogan, 2005; Parte VI cap. 1, 2005, 289-296.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde – Resolução – RDC Nº50, Agência Nacional de** Vigilância Sanitária – ANVISA, Brasília, 2002, 88-90.

Recomendações:

Tipos de Higienização das Mãos

1. Lavação das mãos com água e sabão comum + fricção de anti-séptico (álcool gel): sala de recuperação, vestiários, anti-sala, corredor antes da barreira, copa, sanitários, corredor anterior ao elevador de área suja (manipulação de instrumental sujo) - Colocar em cada local dispositivo com sabão líquido, dispositivo para álcool gel e papel toalha
2. Degermação das mãos (Polivinilpirrolidona - PVP – I degermante a 10%): lavabo de cada sala cirúrgica. Colocar em cada local dispositivo com PVP-I degermante, papel toalha, escova com PVP-I.

Obs.: O uso de clorexidina degermante está indicado para higienização das mãos de profissionais alérgicos ao iodo.

Indicações dos Tipos de Higienização das Mãos

1. Uso de água + sabão comum seguido de fricção com anti-séptico (álcool a 70% - gel)
   - Ao iniciar e após o término do turno de trabalho;
   - Antes e após contato com pacientes ou seus objetos;
   - Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas;
   - Após o uso de luvas;
   - Antes da alimentação;
   - Após o uso do sanitário;
   - Ao entrar e sair do CCI.

Título: Higienização das mãos

Data da Emissão:	Número do NT:	Código: UF DIR	Nº./Data/Rev.:	Página
02/04/2008	20	CCIH 016005		3 de 3

- Locais: sala de recuperação, vestiários, anti-sala, corredor antes da barreira, copa, corredor anterior ao elevador de área suja (manipulação de instrumental sujo)

2. Uso SOMENTE de anti-séptico (álcool a 70% - gel)
   - Quando as mãos NÃO estiverem visivelmente sujas ou contaminadas;
   - Antes e após o contato direto com o paciente;
   - Antes de manipular sítios corporais diferentes em um mesmo paciente;
   - Entre o cuidado de pacientes, se houver contato com objetos (ex.: bombas de infusão, monitores, suportes (de soro, biombos, camas, mesinhas, bancadas, estetoscópios, termômetros, almotolias, entre outros)
   - Por todos os profissionais da equipe após o término da assistência ao paciente cirúrgico na sala de operação

3. Água+ sabão anti-séptico(uso de produto com ação residual – PVP-I degermante a 10%)
   - Antes de entrar na sala cirurgia.

4. Escovação das mãos (uso de produto com ação residual – PVP-I degermante a 10%)
   - Antes da realização de procedimento cirúrgico;
   - Local: lavabo de cada sala cirúrgica.

5. Degermação das mãos (uso de produto com ação residual – PVP-I degermante a 10%)
   - Antes da realização da cateterização venosa central, incluindo o epicutâneo;
   - Antes da realização de raquianestesia e anestesia peridural
   - Local: lavabo de cada sala cirúrgica.

   Obs.: O uso de clorexidina degermante está indicado para higienização das mãos de profissionais alérgicos ao iodo.

6. Medidas relacionadas ao ambiente físico
   - Utilizar lavatório com profundidade recomendada pela ANVISA/RDC 50/2002, prevenindo a recontaminação das mãos;
   - Utilizar torneiras acionadas por pedal ou cotovelo;
   - Utilizar dispositivos de sabão líquido ou PVPI degermante e porta papel-toalha próximos ao lavatório e lavabo;

7. Higienização dos dispositivos de sabão e álcool gel
   - Seguir a rotina da CCIH-HC/UFMG n.º 01/04.

8. Medidas de monitoramento
   - Eventos adversos relacionados aos produtos usados para a higienização das mãos: notifique o SAST, Farmacovigilância e CCIH;
   - Adesão à prática de higienização: INDICADOR INDIRETO - monitorizar, mensalmente o gasto de PVP-I degermante, sabão líquido e álcool gel, com retorno dos resultados para a equipe assistencial.

FIM

REFERÊNCIAS

1. AEHLERT, B. ACLS, Advanced Cardiac Life Support. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
2. ALEXANDRE, N.M.C. Procedimentos básicos de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2000.
3. ANDRADE, M.N.B; SEWARD, R.; MELO, J.R.C. Curatives: wound dressings. Rev. Med. Minas Gerais, Belo Horizonte, v.2, n.4, p.228-236, out. /dez. 1992.
4. APECIH. Infecção associada ao uso de cateteres vasculares. 3. ed. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2005.
5. ARCHER, E. et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
6. ARCHER, H.G; BARNETT, S; IRVING, S; MIDDLETON, K.R; SEAL, D.V. A controlled model of moist wound healing: comparison between semi-permeable film, antiseptics and sugar paste. J. Exp. Path., v.71, p.155- 170. 1990.
7. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NR 26. Sinalização de segurança. Publicação D.O.U. Portaria GM n.3.214, de 08 de junho 1978. Rio de Janeiro.
8. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 6493. Emprego de cores para identificação de tabulação. Rio de Janeiro, 1994.
9. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA –AMIB. Sepse. Latin American Sepsis Institute. São Paulo, 2006/2007. 162p.
10. ATKINSON, L.D; MURRAYM, M.E. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
11. AZEVEDO, M. F. Feridas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
12. AZEVEDO, M.F; RODRIGUES, M.I.G.; HENNEMANN, T.L.A. Feridas: série incrivelmente fácil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
13. BARNES T.A; WATSON M.E. Oxygen delivery performance of old and new designs of the Laerdal, Vitalograph, and AMBU adult manual resuscitators. Respir Care, v. 28, n.9,p.1121-8,1983.
14. B.BRAUN. Infusomat® compact. Acesso em: 20 maio 2009. Disponível em: http://www.bbraun.com.br/index.
15. BERGSTROM, N. et al. Feridas: como tratar. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
16. BENET, L; KROETZ, D& SHEINER, L. Farmacocinética. In: GILMAN, A.G. As bases farmacológicas da Terapêutica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996: 3-20 p.
17. BEVILACQUA, R. G; AUN, F. Manual de cirurgia. São Paulo: EPU, 1995. 675 p.
18. BORGES, E. L. et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
19. BOECKH, H. Vestimentas e lavanderia: apostila. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Controle de Contaminação, 1996.
20. BORN, A. M. T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
21. BRASIL. Lei nº. 8078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.128, n.176, supl., p. 1, 12 set. 1990.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n°. 3432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. DOU n°. 154.
23. BRASIL. Ministério da Saúde . Serviço Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº. 272, de 8 de abril de 1998. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Brasília, 1998.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Boas práticas para fabricação de produtos farmacêuticos. Brasília, 1994.
25. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC n. 153, de 14 de junho de

2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos. Acessado em 12. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br.
26. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC n. 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Brasília, 1999.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Manual de Rede de Frio. 3. ed. Brasília. Acesso em: 03 set. 2008. Disponível em <http://www.funasa.gov.br.//pub/pub/00htm >
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. (FIOCRUZ) Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Processamento de almotolias (limpeza e desinfecção) – Rotina C7. Rio de Janeiro, nov. 2002. Acesso em: 03 nov. 2008. Disponível em: http://www.ipec.fiocruz.br/ccih/rotinas/IPEC%20ROTINAS.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 220 de 21 de setembro de 2004. Aprova o regulamento Técnico de funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica. Brasília, 2004.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 63 de o6 de julho de 2000. Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral. Brasília, 2000.
31. BROOKS, D. et al. Clinical practice guidelines for suctioning the airway of intubated and nonintubated patient. Canadian Respiratory Journal, Canadá, v.8, n.3, p. 163-181, 2001.
32. BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1, 2, 3 e 4.
33. CABRAL, I. E. I. Administração de medicamentos: revisão técnica. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso Editores, 2002. 456 p.
34. CALDERÓN, R. J. Confiabilidade metrológica de ventiladores pulmonares. 2006. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica. Acesso em: 03 ago. 2008. Disponível em: http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/.
35. CAMARGO, A. T. et al. Passagem de plantão como instrumento de comunicação em instituição hospitalar. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6. 1998, Ribeirão Preto. Anais: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1998. p.74-78.
36. CÂNDIDO, L.C. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas. Acesso em : 02 ago. 2006. Disponível em: <http://www.feridologo.com.br/>
37. CARVALHO, D.P. Centro de Aprimoramento Profissional em Saúde - CAPS - Oxigenoterapia. Acesso em: 02 ago. 2008. Disponível em: <http://www.capscursos.com.br/docs/OXIG%CANIOTERAPIA.pdf>
38. CASSIANI, S. H. B et al. Administração de Procedimentos. [CD-Rom]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 2006..3
39. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION CDC. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Infect Control Hosp. Epidemiol. U.S.Department of Health and Human Services, Atlanta, GA 30333.2002.
40. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for preventing Health-Care – Associated Pneumonia. ATLANTA: 2003. Disponível em: <www.edc.gov./mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm> Acesso em:14 out.2010
41. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for the prevention of intravascular catheter-related infections. Atlanta: 2002. Disponível em: < www.ede.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a.htm>
42. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelene for prevention of cathe-

ter associated urinary tract infections. Atlanta: 2009. Disponível em: <www.ede.gov/ncidad/dhgp/pdf/guidelines/CAUTI_ Guideline 2009.final.pdf>
43. CINTRA, E. et al. Assistência ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Ateneu, 2001. 671p.
44. CIRÚRGICA PASSOS. Máscara de Venturi. Acesso em: 06 ago. 2008. Disponível em: <http://www2.ciashop. com.br /cpassos/product.asp?template_id=62&dept_id=3&pf_id=339>.
45. COLOPLAST OSTOMY FÓRUM E COLOPLAST DO BRASIL. Manual de Orientação: conversando sobre ostomias intestinais e urinárias. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, 2006..72p.
46. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN - Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Acessado em: 12 ago. 2008. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br.
47. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN - Resolução 210/1998. Aprova as normas técnicas de biossegurança individual, coletiva e ambiental dos procedimentos a serem realizados pelos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica.
48. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN - Resolução 257 de 12 de julho de 2001. Acrescenta Dispositivo ao Regulamento pela Resolução 210/1998, facultando ao enfermeiro o preparo de drogas quimioterápicas antineoplásicas.
49. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN – Resolução 277/2003. Dispõe sobre a ministração de Nutrição Parenteral e Enteral.
50. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN - Resolução Nº. 311/2007. Código de ética dos profissionais de enfermagem. 2007.
51. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – DF (COREN-DF) - Parecer Técnico 001/1994. Dispõe sobre o preparo e administração de drogas citostáticas.
52. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - MG (COREN-MG) – Deliberação 65/00. Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Ano 10, nº1, agosto/2005.
53. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – MG (COREN-MG) - NR 32- Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. 2007.
54. CREMA, E; SILVA, R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti, 1997.
55. CUPPARI, L. In Nutrição Clínica no Adulto. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.
56. DEALY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
57. DEHAUT, F; MAINGAULT, M. Kinetic binding of bacterial on two types of dressing: Algosteril, (calcium alginate) and Gauze. In: EUROPEAN WORKSHOP SURGERY-ENGINEERING: SYNERGY IN BIOMATERIAL APPLICATIONS, 1, 1994, Montpellier.[s.t.] [s.n.t.] (xerox)
58. DUGAS, B. W. Enfermagem prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
59. DUBIN, Dale. Interpretação rápida do ECG. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1970. 269p..
60. EI NLDFT, L. et al. Manual de Enfermagem em UTI Pediátrica. Porto Alegre: Medsi, 1956.
61. EMITTO, E. Manual de Anotação de Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2005.
62. ENFERMERÍA GLOBAL. Recomendações para o uso de solução salina 0,9% em cateteres venosos periféricos. Acesso em: 25 nov. 2007. Disponível em: www.um.es/eglobal/.
63. FERNANDES, A. T. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000. 2v.
64. FONSECA, S. M. et al. Manual de quimioterapia antineoplásica. Rio de Janeiro: Reich-

mann &Affonso editores, 2001.
65. FRANÇA, J. L;VASCONCELLOS, A. C. de. Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas. 8. ed. rev. e amp. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. 255p.
66. FREIRE, A.M.de S.S.; OLIVEIRA, T.S.de. Aprazamento de medicação: atividade para o enfermeiro. 2003. Acesso em: 02 out. 2008. Disponível em: http://200.222.60.171/PDFaprazamento% 20de%20 medicacao.pdf.
67. FREITAS, A.M; SILVA, T.C. da. Enfermagem In: CARVALHO, E.B. Manual de suporte nutricional. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1992.
68. FUJITA, T; NAMIKI, T; SUZUKI, T; YAMAMOTO E. Normal Saline Flushing for maintenance of periferal intravenous sites. Journal of Clinical Nursing. v.15, p. 103-104, 2006.
69. GONÇALVES, V.C.S; GUTIERREZ, M.G.R; GLASHAN; R.Q. Manutenção de cateteres venosos periféricos de longa permanência com infusão intermitente. Acta Paul. Enf. São Paulo, v.11, n. 3, p.79-91, 1998.
70. GOODWIN, S.G; LIU, S. Radiologic techniques for enteral acess. In: Rombeau, J.L.; Rolandelliv, R.H.; (eds). Enteral and tube feeding. 3. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1994.
71. Guidelines Europeu (European Society of Cardiology) e CDC/AHA. Workshop on markers of inflammation and cardiovascular disease, 2007/8.
72. GUIMARÃES, J. I; (coord). Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia. Código azul – Registro de ressuscitação de normatização do carro de emergência. Arq. Brás. Cardiol., São Paulo, vol. 81, supple.4, Out. 2003.
73. GUYTON, C. A. Tratado de Fisiologia Médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
74. HASHIMOTO, M.R.K; GUALDA, D.M.R. Fatores relacionados ao surgimento das assaduras na região abrangida pelas fraldas de recém nascidos. Nursing, São Paulo, n.3, p. 29-34, 1998.
75. HEENAN, A. Frequently asked questions: hydrocolloid dressings. Kingdom United: Susie Calne, 1998. Acesso em: 21 set. 2005. Disponível em: www.worldwide-wounds.com/1998/april/Hydrocolloid-FAQ/ hydrocolloid-questions.html.
76. HEMOMINAS. Cadernos: assistência de enfermagem na coleta de sangue do doador e na hemotransfusão. V. 11, 2004.
77. HOLMAN; V.et al. The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research, v. 36, n.4, p.205-210, 1987.
78. HOSPITAL GERAL BONSUCESSO. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Manual de Controle de Infecções Hospitalares. Acesso em : 03 out. 2008. Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/pag1.asp.
79. HOSPITAL JOÃO XXIII. Unidade de tratamento de queimados (UTQ). Manual de rotinas de enfermagem . Belo Horizonte: [s.n], 2003.
80. HUDAK, C. M; GALLO, B. M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1013p.
81. IRION, G.L. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
82. JAPIASSÚ, A.M. Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Graves. RBTI – Revista Brasileira Terapia Intensiva, São Paulo, vol.17, n.3, p. 217-220, jul./set. 2005.
83. KENNER, C. Enfermagem Neonatal. 2. ed. Rio de Janeiro: Reechmann e Afonso editores, 2001.
84. KNOBEL, E. Condutas do paciente grave. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
85. KOCH, R. M. et al. Técnicas básicas de enfermagem. 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004.
86. LEÃO, E; CORREA, J.C; MOTA, J.A; VIANA, M.B. Pediatria Ambulatorial. 4. ed. Belo Hori-

zonte: Coopermed, 2005. 1035p.
87. LEVIM, D; MORISS, F; MOORE, G. A practical guide to pediatric intensive care. St. Louis: Mosby Company.1979.
88. LIFEMED. Guia lifemed. Acesso em: 21 maio 2009. Disponível em: www.lifemed.com.br/modules/mastop_publish/?
89. LIFESCIENCES E. Estudo Horswell - Método de Monitorização do Débito Cardíaco Contínuo Baseado na Pressão. Acesso em: 12 ago. 2008. Disponível em: www.edwardscriticalcare.com.br/estudos.
90. LUIZ PEREZ, I; LIORENTE, P. Geriatria. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill Interamericana do Brasil LTDA, 2002.
91. MAMEDE, M.V; CARVALHO, E.C; CUNHA, A.M.P. (coord.). Técnicas em Enfermagem. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1984. 209p.
92. MARSCHALL, J; MERMEL, L.A; CLASSEN, D; ARIAS,K.M; PODGORNY,K; ADERSON,D.J; et al. Strategies to prevent central-line associated bloodstream infections un acute care hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology, Saint Louis, v.29, p. 22-30, 2008. Supplement 1.
93. MARTINS, C; CARDOSO, P. S. Terapia Nutricional Enteral e Parenteral - Manual de rotina Técnica-Nutroclínica. Curitiba: Nutroclínica. Seção 28, 2000.
94. MAYOR, E. R.C. et al.Manual de procedimentos e assistência de enfermagem. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Procedimentos básicos de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2003.
95. MINOR, M.A.D. e MINOR, S.D. Sinais Vitais. In:_____. Procedimentos e cuidados com paciente. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap.3. pág. 33 – 48.
96. MOTTA, A. L. C. Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem. 3. ed. Tatuapé: Iátria, 2005. 204 p.
97. MOURA, C. E. M. et al. Úlceras de pressão: prevenção e tratamento. Acessado em: 01 set. 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/projetos/feridas.
98. NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.
100. NOGAROTO, S. L.; PENNA, T.C.U. Desinfecção e esterilização. São Paulo: Atheneu, 2005.
101. OLIVEIRA, A. C. Infecções hospitalares. Epidemiologia Prevenção e controle. Rio de Janeiro,
Guanabara Koogan , 2005.
102. OLIVEIRA, A.C; Armond, G.A; Tedesco, I.A. Procedimentos nas Vias Respiratórias. in MARTINS, MA. Manual de Infecção Hospitalar. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p.343-354.
103. OLIVEIRA, F. T. Resultados do emprego da solução salina em cateteres venosos periféricos:
fundamentando o cuidado de enfermagem. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem do Rio de Janeiro, UFRJ, 2006.
104. ORQUIZA, S. M. C. Hipertensão arterial. Acessado em: 12 ago. 2008. Disponível em: http://www.orientacoesmedicas.com.br/hipertensaoarterial.asp. Acessado em 12/08/2008.
105. OSCAR, M. F. Análise da passagem de plantão na unidade de enfermagem do serviço de radiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev. Gaúcha. Enferm., Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 109-114, jul. 1996.
106. PEREIRA, J. G. A; NUNES, T.L.; BASILE-FILHO, A. Transporte do paciente crítico. Medicina, Ribeirão Preto, 34, 143-153, abr./jun. 2001.

107. PHILLIPS, L. D. Manual de Terapia Intravenosa. 2. Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. 558p.
108. POHL, F. F; PETROIANU, A. Tubos, sondas e drenos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
109.PONTES, A. C. et al. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, maio/jun. 2008.
110. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Procedimentos Operacionais Padrão. Belo Horizonte: PUCMG, 2005.
111. POTTER, A.P; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. vol. II. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1726p.
112. PREFEITURA MUNICIPAL DA SAÚDE. – SMS. Comissão de Controle de Infecção. Manual de Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos em Unidades de Saúde de Ribeirão Preto-RP. 2002. Acesso em: 02 nov 2008. Disponível em: http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ ssaude/comissao/desin/i16manual.htm..
113. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA-Casa Civil. Lei Nº 9.527 de 10 de dezembro de 1997. Alteram dispositivos das Leis Nº 8.112 de 11/12/90; 8.460 de 17/09/92 e 2.180 de 05/02/1954 e dá outras providências (RJU).
114. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA-Casa Civil. Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais (RJU).
115. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA-Casa Civil. Decreto-Lei Nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
116. PDAMED- Procedimentos de Enfermagem. Drenotórax. Conteúdos em computadores de mão para a área médica. Acesso em: 20 maio 2009. Disponível em www.pdamed.com.br/proenf/pdamed_0005_0020.
117. QUINTÃO, J. S. Manual de Hemovigilância. Projeto Hospitais Sentinela, Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 2003. Não publicado.
118. REGO, M.A.S; ANCHIETA, L.M. As Afecções perinatais. In: REGO, M.A.S.; ANCHIETA, L.M. Assistência Hospitalar ao Neonato. Belo Horizonte: Autêntica, 2005. Cap. 2
119. REICHMANN, E. Administração de medicamentos. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.
120. SANTRONIC, INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA. Santronic inferion systems. Manual do usuário: REV02, Bomba de Seringa ST670 ST680 ST690. São Paulo – SR Brasil. Acesso em 20 maio 2009. Disponível em: http://www.samtronic.com.br/site/.
121. SCHMITZ E. M. R. et al. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu, 2000
122. SHAHPS, NG E, SINHA AK. Heparina para prolongar o uso de cateter intravenoso periférico em neonatos (Cochrane Review). In: Bibliotheca Cochrane Plus, Issue 3, 2007.
123. SILVA, E. E; CAMPOS, L. F. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. Cogitare Enferm., Curitiba , v. 12, n. 4, p. 502-507, out./dez. 2007.
124. SIQUEIRA, I. L. C. P; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 18, n. 4, p. 446-451, 2005.
125. SMITH-Temple, Jean; JOHNSON, J.Y. Guia de Procedimentos de Enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
126. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas recomendadas. 3. ed. São Paulo, 2005.

127. SOUSA, R.A. et al. A comunicação durante a visita ao leito como fator de qualidade da assistência de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM. An. 8, 2002.
128. SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. A. Atlas fotográfico de procedimento de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 657p.
129. TAYLOR, C; LILLIS, C; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.
130. TEMPLE, J. S; JOHNSON, J. Y. Guia para procedimentos. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
131. THOMAS, S. Alginate dressings in surgery and wound management – part 1. J. Wound Care, Bridgend, v.9, n.2, p.56-60, 2000.
132. TIMBY, B K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
133. 3 M do BRASIL LTDA. Instruções de uso do tricotomizador cirúrgico a bateria. São Paulo, 2004.
134. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. Hospital das Clínicas - Departamento de Enfermagem – DE. Procedimentos Especializados em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2000.
135. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Assessoria de Planejamento. Manual de Orientação às Chefias do HC-UFMG. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
136. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Centro de Terapia Intensiva – CTI - Normas e rotinas do CTI. Belo Horizonte: UFMG. Não publicado.
137. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH – Norma Técnica Nº. 005. Monitoramento dos Cateteres Intravasculares Centrais em adultos e crianças. Belo Horizonte: UFMG, 2008.
138. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. - Norma Técnica 009. Belo Horizonte: UFMG, 2007.
139. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. Guia de utilização de antimicrobianos e recomendações para prevenção de Infecções Hospitalares. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
140. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. Manual de rotinas. Belo Horizonte: UFMG, 2003.
141. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. Manual de Infecção Hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle. 2. ed. Médica e científica LTDA. Belo Horizonte: UFMG, 2001.
142. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Comissão de Suporte Nutricional – CSN. Manual de Terapia Nutricional. 2008 (no Prello).
143. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Instituto Alfa de Gastroenterologia - IAG. Protocolo de assistência ao portador de estoma intestinal e urinário. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
144. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Serviço de Nutrição e Dietética – SND - Belo Horizonte: UFMG, 2005.
145. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Unidade Funcional Infra-Estrutura – UFIE. Norma Administrativa para encaminhamento do

corpo pós – morte ao Necrotério e Sala de Necrópsia . Belo Horizonte: UFMG, 2009.
146. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas – Unidade Funcional Patologia e Medicina Laboratorial - UFPML. Orientação para coleta de exames. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
147. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem – VDTE. Regimento Interno. Belo Horizonte: UFMG, 2007.
148. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem – VDTE. Normas de escala mensal de trabalho. Belo Horizonte: UFMG, 2007.
149. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem – VDTE. Projeto de Escala Mensal de trabalho. Belo Horizonte: UFMG, 2007.
150. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem – DTE. Protocolo de tratamento do portador de ferida na Unidade de Internação. Belo Horizonte: UFMG, 2001.
151. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem – DTE. Protocolo de Manipulação de Dispositivo Venoso Central de Longa Permanência Tunelizado. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
152. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Divisão Técnica de Enfermagem - DTE. Cadernos de Enfermagem: Administração de Medicamento. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
153. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem – VDTE. Ambulatório Bias Fortes. Normas e Rotinas. Belo Horizonte: UFMG, 2003.
154. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS DERAIS. Pro Reitoria de Recursos Humanos – Departamento de Pessoal. Manual de Legislação de Pessoal - Versão 7. Página 55.1. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
155. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. PEREIRA. Manual de procedimentos básicos de enfermagem. Uberlândia: UFU, 2001. 125p.
156. VEIGA, D.A; CROSSETTI, M.G.O. Manual de técnicas básicas de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Sagra – DC Luzzeto, 1996. p. 63-140.
157. VINHA, V. H. P. O livro da amamentação. São Paulo: C L R Baluro editores, 1999 p. 66.
158. WAITZBERG, D.L; DIAS, M.C.G.D. Guia Básico de Terapia Nutricional: manual de Boas Práticas. 2. ed.São Paulo: Atheneu, 2007.
159. WHITE MARTINS. Segurança em Gases medicinais para clientes. 2. ed. Rio de Janeiro: White Martins, 1998. 88 p.
160. WHITE, R.J. A charcoal dressing with silver in wound infection: clinical evidence. Br J. Community Nurse, Reino Unido, v.6, n.12, p.4-11, Dec,2001. Suplementum 2.
161. WHITE, R.J. Historical review of the use silver in wound management. Br. J. Nurse. Reino Unido, v.10, p.3-8, 2001.
162. WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Glenview: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN), 2003.52p.
163. ZOEHLER, K.G.; LIMA, M.A.D.S. Opinião de auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 110-124, jul.

FIM